

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Συσχετισμός της ψυχοπαθολογίας με τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων με σχιζοφρένεια

Λυγερή Ζαρουλιά

ΤΕ Νοσηλεύτρια Ψυχιατρικής Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου Σερρών

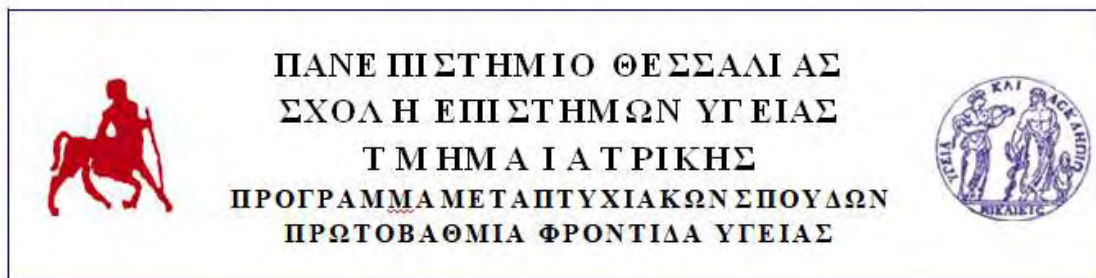
ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΤΣΙΟΥΡΗ ΙΩΑΝΝΑ, PhD Ψυχολόγος, Ψ.Τ.Ε. Γ.Ν.Λ(Επιβλέπουσα).

ΜΠΟΝΩΤΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, Επίκουρος Καθηγητής Διευθυντής
Ψυχιατρικής, Ψυχιατρικής Κλινικής Π.Γ.Ν.Λ,

ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΗΦΟΡΟΣ, MD, PhD, Ομότιμος Καθηγητής
Ψυχιατρικής

Λάρισα 2018



Dietary habits and psychopathology of patients with schizophrenia

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	6
Abstract	7
Εισαγωγή.....	8
Κεφάλαιο 1ο.....	10
Διάγνωση της νόσου.....	10
Ορισμοί.....	10
Ιστορική Αναδρομή του Όρου	12
Τύποι Σχιζοφρένειας	14
Αιτιολογία εμφάνισης σχιζοφρένειας.....	17
Συμπτώματα που προμηνύουν σχιζοφρένεια	20
Το κόστος της σχιζοφρένειας και ο κοινωνικός στιγματισμός.....	20
Κεφάλαιο 2ο.....	21
Θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας.....	21
Είδη Θεραπείας	21
Φαρμακευτικές Θεραπείες	22
Αντιψυχωτικά πρώτης γενιάς.....	23
Αντιψυχωτικά φάρμακα δευτερης γενιάς	24
Ανθεκτική Σχιζοφρένεια	24
Αντιψυχωτικά φάρμακα και Παχυσαρκία.....	25
Κεφάλαιο 3 ^ο -Διατροφικές Συνήθειες Ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια	27
Κεφάλαιο 4ο-Ειδικό Μέρος	31
Ερευνητικό κενό.....	31
Σκοπός.....	31
Περιορισμοί και οριοθέτηση	31
Ερευνητικές Ερωτήσεις.....	32
Κεφάλαιο 5ο- Πληθυσμός Μελέτης και Μέθοδος.....	33
Δείγμα.....	33
Διαδικασία.....	33
Ερευνητικά Εργαλεία	34

Ερωτηματολόγιο κλίμακας σφαιρικής κλινικής εκτίμησης (C.G.I)	34
Κλίμακα Σφαιρικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας (GAF)	35
Ερωτηματολόγιο κλίμακας άγχους Hamilton	35
Ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών ατόμων που πάσχουν από F-20	36
Εγκυρότητα και αξιοπιστία ερωτηματολογίων	36
Στατιστική Ανάλυση	40
Κεφάλαιο 6ο-Αποτελέσματα.....	42
Δημογραφικά Στοιχεία	42
Ερωτηματολόγιο Διατροφικών Συνηθειών Ασθενών με F-20	43
Κοινωνικό Επίπεδο.....	50
Επίδραση του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου στις διατροφικές συνήθειες των ασθενών	52
Φαρμακευτική αγωγή και συν-νοσηρότητα	53
Επίδραση της φαρμακευτικής αγωγής και της συννοσηρότητας στη διατροφή των ασθενών	54
Κλίμακα Άγχους Hamilton.....	55
Επίδραση του άγχους στη διατροφή.....	56
Κλίμακα σφαιρικής εκτίμησης και λειτουργικότητας.....	57
Βιβλιογραφικές Αναφορές	68
Παράρτημα Α-Ερωτηματολόγια	79
Η Κλίμακα του Hamilton για το Άγχος.....	79
Σφαιρική Κλινική Εκτίμηση (C.G.I)	80
Κλίμακα Σφαιρικής Εκτίμησης Λειτουργικότητας (GAF)	81
Διατροφικές Συνήθειες Ασθενών με F-20.....	83

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω, από καρδιάς, την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κ.κ Τσιουρή Ιωάννα, Ψυχολόγο, η στήριξη και βοήθεια της οποίας υπήρξε πολύτιμη καθ' ολη την διάρκεια των σπουδών μου.

Επίσης, ευχαριστώ θερμά τα μέλη της τριμελούς επιτροπής κ.κ Μπονώτη Κωνσταντίνο, και Αγγελόπουλο Νικηφόρο, αλλά και όλους τους καθηγητές μου προσφέροντας μου παράλληλα νέες εμπειρίες.

Τους Ψυχιάτρους συνεργάτες μου κυρ Σπυρούλη Γιώργο και κυρ Τσουβαλά Αθανάσιο για την βοήθειά τους στην κλίμακα σφαιρικής λειτουργικότητας .

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να εξεταστεί η ψυχική ασθένεια της σχιζοφρένειας σε συνάρτηση με διατροφικές συνήθειες. Στην έρευνα επιχειρείται συσχέτιση της νόσου, με τη διατροφή που ακολουθούν οι ασθενείς, τον τρόπο ζωής τους, το οικονομικό και κοινωνικό υπόβαθρό τους και τα επίπεδα του άγχους. Απώτερος στόχος είναι να αξιολογηθεί αν η πιθανή προσθήκη ενός προγράμματος υγιεινής διατροφής θα βελτιώσει θετικά το άγχος, τα συμπτώματα και την κλινική εικόνα των πασχόντων από σχιζοφρένεια F-20. Στην έρευνα συμμετείχαν 103 ασθενείς του Γενικού Νοσοκομείου Σερρών και ως ερευνητικά εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες, καθώς και τα επίπεδα άγχους, κλινικής εκτίμησης και λειτουργικότητας των ασθενών. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα SPSS 24. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αν και η οριακή πλειοψηφία των μελών του δείγματος έχει γνώσεις σχετικά με την αξία της υγιεινής διατροφής, των βιταμινών και των πρωτεϊνών, εντούτοις εξακολουθεί να τηρεί ανθυγιεινές συνήθειες, δεν συμμετέχει στην παρασκευή του φαγητού που καταναλώνει, αντιμετωπίζει αυξημένα προβλήματα λειτουργικότητας, αλλά έχει μηδενικό ή ήπιας έντασης άγχος.

Λέξεις κλειδιά: Διατροφή, σχιζοφρένεια, λειτουργικότητα, επίπεδο άγχους.

Abstract

The aim of the following study was the investigation of the psychological disorder of schizophrenia in correlation with dietary habits. This research is an attempt of an interrelation between the disorder and the social background of the patients, as well as the level of their stress. The ultimate aim is the evaluation of a healthier diet programme and if in this way the patients with schizophrenia F-20 will face in a more positive way the stress, the symptoms and the disorder itself. In the research, 103 patients of the Central Hospital of Serres were the participants and questionnaires were used as research tool. Those questionnaires were related to the level of stress, the clinical evaluation and the functionality of the patients. For the statistical analysis of the data, the programme SPSS 24 was used. The results have shown that despite the fact that the borderline majority of the participants is aware of the value of healthy diet, vitamins and proteins, they tend to adopt unhealthy habits, they do not participate in the cooking procedure of the food they consume, they are facing serious functional issues, but they have zero or medium level of stress.

Key words: Diet, schizophrenia, functionality, anxiety level.

Εισαγωγή

Βάσει πληροφοριών από το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών, στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, αλλά και σε άλλες αναπτυγμένες χώρες, 4 από τις δέκα κύριες αιτίες αναπηρίας, οφείλονται σε ψυχικές διαταραχές. Το άτομο, το οποίο βιώνει την ψύχωση, η οποία είναι μια σοβαρή ψυχική διαταραχή, χάνει την επαφή του με την πραγματικότητα συγκριτικά με άλλα άτομα που δεν πάσχουν από κάτι αντίστοιχο. Ως αποτέλεσμα αυτής της διακοπής αίσθησης της πραγματικότητας, το άτομο ακολουθεί τον δικό του προσωπικό, μοναχικό και μυστηριώδη δρόμο. Οι ψυχώσεις ποικίλουν, τόσο στο βαθμό σοβαρότητας της κατάστασης, όσο και στη διάρκειά τους. Σε περιπτώσεις, στις οποίες η διάρκεια εκτείνεται, το άτομο συνήθως πάσχει από σχιζοφρένεια. Στα άτομα που πάσχουν από ψυχώσεις, παρατηρείται η ανικανότητα διάκρισης της πραγματικότητας από κάτι που είναι ψευδές. Εκτός αυτού, τα άτομα με ψυχώσεις βιώνουν μια σύγχυση ανάμεσα σε αυτά που προέρχονται από το μυαλό τους και στα εξωτερικά συμβάντα; υπάρχει, επομένως, απώλεια ορίων του εγώ. Συνεπώς, το άτομο καλείται να αντιμετωπίσει ψυχωτικές πεποιθήσεις, παρατηρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις, οι οποίες είναι εσωτερικά ερεθίσματα της ψύχωσης, τα οποία πιστεύει ότι προκαλούνται από εξωτερικούς παράγοντες και όχι από το ίδιο του το μυαλό. Κλείνοντας, η ψύχωση περιλαμβάνει διαφορές ψυχωτικές διαταραχές, οι οποίες μπορούν να υποτροπιάσουν από την υπερβολική δόση φαρμάκων, με αποτέλεσμα να οδηγηθεί το άτομο έως την μανιοκατάθλιψη και τη σχιζοφρένεια.

Πολλές ψυχιατρικές διαταραχές δεν είναι τόσο γνωστές στο κοινό, ωστόσο ο όρος σχιζοφρένεια είναι αναμφισβήτητο η πιο διαδεδομένη και ευρέως γνωστή. Πολλά άτομα πάσχουν από σχιζοφρένεια και αυτό που προκαλεί μεγαλύτερη έκπληξη, είναι το γεγονός ότι πολλά από αυτά δεν χωλαίνουν στη διατήρηση μιας κανονικής συμπεριφοράς, τόσο κοινωνικής όσο και εργασιακής. Μόλις 1% των ατόμων με σχιζοφρένεια εμφανίζουν επιθετικότητα σε άλλους και κυρίως προς τον ίδιο τους τον εαυτό. Οποιοσδήποτε μπορεί να εμφανίσει σχιζοφρένεια, κυρίως όμως η νόσος προσβάλλει νέους και πιο σπάνια άτομα μέσης ηλικίας. Η νόσος δεν κάνει διακρίσεις φυλετικές, κοινωνικές και γενετικές. Η σχιζοφρένεια, επίσης, είναι πιθανότερο να εμφανιστεί σε άτομα της ίδιας οικογενείας. Διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες συντελούν στην εμφάνισή της, ωστόσο η πραγματική αιτία αυτής, παραμένει ακόμα και στις μέρες μας ανεξιχνίαστη. Αυτό που είναι γνωστό, είναι το γεγονός ότι η σχιζοφρένεια είναι υπεύθυνη για την πρόκληση προβλημάτων στη ζωή του ίδιου του πάσχοντος και του οικογενειακού και κοινωνικού περιγύρου του, καθώς και ότι η αντιμετώπιση της σχετίζεται με τις διατροφικές συνήθειες και τον τρόπο ζωής των ασθενών.

Μύθο αποτελεί η αντίληψη, ότι η σχιζοφρένεια οφείλεται σε διχασμό προσωπικότητας. Η αντίληψη αυτή προήλθε από την ίδια την ετυμολογία της λέξης «σχιζοφρένεια», η οποία προέρχεται από τις λέξεις σχίζω= διαχωρίζω + φρένα= νους, μυαλό, λογική. Ο όρος αυτός, όμως, δημιουργήθηκε με σκοπό να περιγράψει την κατάσταση στην οποία εισέρχεται το άτομο με σχιζοφρένεια. Με άλλα λόγια, στην κατάσταση εκείνη κατά την οποία υπάρχει «σχάση» (διαχωρισμός) μεταξύ των λειτουργιών σκέψης, συναισθήματος και βούλησης.

Οι ημέρες των ατόμων με σχιζοφρένεια ποικίλλουν. Υπάρχουν τόσο καλές μέρες, όσο και άσχημες, ακόμα και μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα, κατά τα οποία οι ασθενείς είναι απελπισμένοι. Πολλές είναι οι περιπτώσεις όπου οι ασθενείς οδηγούνται στην αυτοκτονία. Η φαρμακευτική θεραπεία κρίνεται συνεπώς απαραίτητη στις περιπτώσεις αυτές, με σκοπό τα άτομα να είναι σε θέση να συνεχίσουν παραγωγικά τη ζωή τους και τους στόχους τους. Εκτός των φαρμάκων, απαραίτητες είναι και οι ψυχοεκπαιδευτικές και υποστηρικτικές θεραπείες για την ενίσχυση της ψυχολογίας του ατόμου. Τα φάρμακα αυτά, ωστόσο, παρά τη ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας, εξακολουθούν να δημιουργούν παρενέργειες στα άτομα με σχιζοφρένεια. Μια από αυτές τις παρενέργειες είναι οι βουλιμικές τάσεις και κατ' επέκτασιν η παχυσαρκία, η οποία συχνά εμφανίζεται σε σχιζοφρενή άτομα.

Ωστόσο, στην αντιμετώπιση της ασθένειας φαίνεται να παίζει ρόλο και η διατροφή που κάνουν τα άτομα με σχιζοφρένεια καθώς και ο τρόπος ζωής τους. Σε αυτές τις διαστάσεις, αλλά και στην φαρμακευτική, εστίασε η παρούσα έρευνα, αξιολογώντας τις διατροφικές συνήθειες των ασθενών και διάφορες εκφάνσεις της καθημερινότητας τους, για να διαπιστωθεί πως η πλειοψηφία των ασθενών που συμμετείχαν αν και γνώριζαν τα οφέλη της σωστής διατροφής, λίγοι τα τηρούσαν.

Συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο παρατίθενται οι ορολογίες της νόσου, οι ορισμοί και οι έννοιες της καθώς και τα συμπτώματα. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά, βάσει βιβλιογραφικών πηγών, στους τρόπους με τους οποίους αντιμετωπίζεται η σχιζοφρένεια από τη συγχρονη ιατρική. Στο τρίτο κεφάλαιο, επεξηγείται η χρησιμότητα των διατροφικών συνηθειών αλλά και τα βιβλιογραφικά ευρήματα που υπάρχουν σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες των ασθενών και τις επιπτώσεις που έχουν στην εξέλιξη της νόσου και της γενικής υγείας των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια.

Κεφάλαιο 1ο

Διάγνωση της νόσου

Η διάγνωση της νόσου γίνεται βάση παρατήρησης αποκλίνουσας συμπεριφοράς και βάση των περιγραφών των βιωμάτων από τον ίδιο τον ασθενή [21, 22]. Η σχιζοφρένεια, όπως και οι περισσότερες ασθένειες, δεν κάνει διακρίσεις, με αποτέλεσμα άνδρες και γυναίκες να έχουν τις ίδιες πιθανότητες εμφάνισής της. Ωστόσο, σε αυτό το σημείο είναι απαραίτητο να δηλωθεί ότι η διαφορά ανάμεσα σε άντρες και γυναίκες, έγκειται στην ηλικία εμφάνισης της νόσου. Οι άντρες είναι πιο πιθανόν να εμφανίσουν σχιζοφρένεια στην ηλικία μεταξύ 15 και 25, ενώ οι γυναίκες ανάμεσα από την ηλικία των 25 και 35 ετών [23]. Η νόσος εμφανίζεται κυρίως σε νεαρή ηλικία, με εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις, όπου υπάρχουν κρούσματα πριν την ηλικία των δέκα ετών κι έπειτα από τα πενήντα. Ωστόσο έχουν σημειωθεί περιπτώσεις, όπου παιδιά ηλικίας πέντε ετών παρουσιάζουν για πρώτη φορά ψυχωσικό επεισόδιο [24]. Κατά την εφηβεία, διάφορα σημάδια, όπως η ευερεθιστότητα, οι διαταραχές του ύπνου και οι αλλαγές παρών, μπορεί να αποτελέσουν τα πρώτα δείγματα για πρόκληση σχιζοφρένειας [25,26].

Στη χώρα μας η σχιζοφρένεια έχει πλῆξει κατά προσέγγιση 100.000 άτομα σε ηλικία μεταξύ 15 και 64 ετών. Για ένα 10% των ατόμων αυτών θεωρείται απαραίτητη η θεραπεία μέσω προγραμμάτων, με τα οποία το άτομο θα αποκατασταθεί τόσο ψυχικά, όσο και κοινωνικά. Η πιθανότητα εμφάνισης σχιζοφρένειας αυξάνεται σε περιπτώσεις όπου συγγενικά πρόσωπα πάσχουν από τη νόσο και είναι ακόμα πιο πιθανή σε περιπτώσεις όταν και οι δυο γονείς νοσούν [27].

Ορισμοί

Ψυχική υγεία:

Σύμφωνα με τον Παπαγεωργίου [24], με τον όρο ψυχική υγεία δηλώνεται η αρμονική και ομαλή λειτουργία της προσωπικότητας του ατόμου μέσα σε ένα περιβάλλον και τις ανάλογες συνθήκες αυτού.

Ψυχική ασθένεια:

Σύμφωνα με τη Γιαννοπούλου [28], ψυχική ασθένεια ονομάζεται η διαταραχή της συμπεριφοράς του ατόμου, κατά την προσπάθεια να διατηρήσει μια ισορροπία ανάμεσα στις διαπροσωπικές και ενδοπροσωπικές συγκρούσεις του. Υπάρχουν τρεις μεγάλες κατηγορίες ψυχικών ασθενειών, οι οποίες είναι οι ακόλουθες:

Η περιγραφή των ψυχικών διαταραχών με βάση τα νέα ταξινομικά συστήματα (ICD-10) είναι η ακόλουθη [30]:

F00-F09 Οργανικές ψυχικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων των συμπτωματικών

Η κατηγορία περιλαμβάνει ένα εύρος ψυχικών διαταραχών που έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό μια αποδεδειγμένη αιτιολογία εγκεφαλική νόσο, τραυματισμό, ή άλλη δυσλειτουργία (πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής) που οδηγεί σε εγκεφαλική δυσλειτουργία. Σε αυτή την ενότητα ψυχικών ασθενειών η συνείδηση δεν επηρεάζεται. Οι βλάβες της γνωστικής λειτουργίας συνήθως συνοδεύονται, και περιστασιακά ακολουθούν, την επιδείνωση του συναισθηματικού ελέγχου, της κοινωνικής συμπεριφοράς ή των κινήτρων. Περιλαμβάνονται διαταραχές όπως η νόσος Alzheimer, Huntington, Parkinson κ.α

F10-F19 Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς που οφείλονται στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών

Οι διαταραχές που περιλαμβάνονται σε αυτή την ενότητα διαφέρουν ως προς τη σοβαρότητα και την κλινική μορφή αλλά μπορούν όλες να αποδοθούν στη χρήση μιας ή περισσότερων ψυχοδραστικών ουσιών, που προκαλούν εξάρτηση και μπορεί να έχουν ή όχι συνταγογραφηθεί από γιατρό. Το τρίτο ψηφίο του κωδικού προσδιορίζει την εμπλεκόμενη ουσία, και το τελευταίο ψηφίο καθορίζει την κλινική κατάσταση σύμφωνα με όσο το δυνατόν περισσότερες πηγές πληροφόρησης (π.χ αυτο-δηλούμενα στοιχεία, ανάλυση αίματος, και συμπεριφορά κ.α).

F20-F29 Σχιζοφρένεια, σχιζότυπη διαταραχή και παραληρητικές διαταραχές

Αυτή η ενότητα συμπεριλαμβάνει τη σχιζοφρένεια, τη σχιζότυπη διαταραχή, τις επίμονες παραληρητικές διαταραχές, και μια μεγαλύτερη ομάδα οξέων και παροδικών ψυχωσικών διαταραχών.

Οι σχιζοφρενικές διαταραχές χαρακτηρίζονται γενικώς από στρεβλώσεις της σκέψης, της αντίληψης, και του συναισθήματος. Συνήθως διατηρείται η διαύγεια της συνείδησης και η νοητική ικανότητα παρά τα γνωστικά ελλείμματα που μπορεί να αναπτυχθούν με την πάροδο του χρόνου. Τα σημαντικότερα συμπτώματα περιλαμβάνουν την ηχώ, την απόσυρση και την ακομμή της σκέψης· παραληρητικές αντιλήψεις και ιδέες ελέγχου· επίδραση ή παθητικότητα· ακουστικές ψευδαισθήσεις και αρνητικά συμπτώματα.

Η πορεία των σχιζοφρενικών διαταραχών μπορεί να είναι συνεχής ή κατά επεισόδια με προοδευτικά ή σταθερά ελλείμματα, πλήρη ή μερική ύφεση. Η διάγνωση σχιζοφρένειας δεν υφίσταται όταν υπάρχουν εκτεταμένα καταθλιπτικά ή μανιακά συμπτώματα εκτός εάν είναι σαφές ότι τα συμπτώματα προηγήθηκαν αυτών της διαταραχής του συναισθήματος. Επίσης, δεν διαγνώζεται σχιζοφρένεια όταν υπάρχει εμφανής εγκεφαλική πάθηση ή κατά τη διάρκεια καταστάσεων τοξίκωσης από ουσίες ή στερητικό σύνδρομο.

Ιστορική Αναδρομή του Όρου

Η σχιζοφρένεια αποτελεί μία από τις πιο γνωστές ψυχικές διαταραχές που ανήκει στις ψυχώσεις. Τα άτομα, τα οποία εμφανίζουν πρώτη φορά ψυχωσικό επεισόδιο, είναι συνήθως νεαρής ηλικίας από 15 έως 35 ετών [1,2,3]. Σύμφωνα με τον Sadock (2007) η σχιζοφρένεια συνδέεται με τη ριζική αποδιοργάνωση της προσωπικότητας του ατόμου. Η ετυμολογία της λέξης «σχιζοφρένεια» δηλώνει το διχασμό των φρένων ή αλλιώς του μυαλού (σχίζω=διαχωρίζω + φρένα=νους, μυαλό, λογική). Ο ορισμός αυτός οφείλεται στον Eugen Bleuler, ο οποίος το 1911 χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο. Η σχιζοφρένεια είναι μία πολυδιάστατη νόσος, η οποία συνδέεται με διάφορες παθήσεις, τις οποίες εμφανίζει το άτομο. Οι παθήσεις αυτές είναι υπεύθυνες για την εμφάνιση και των αντίστοιχων συμπτωμάτων ξεχωριστά.

Η ψυχική αυτή διαταραχή δεν είναι κάτι καινούριο. Τα χνάρια της βρίσκονται βαθιά πίσω στους αιώνες, συγκεκριμένα στον 2ο αιώνα μ.Χ., όταν οι γιατροί Αρεταίος ο Καππαδόκης και Σώρανος ο Εφέσιος γνωστοποίησαν την ασθένεια. Ωστόσο, οι κοινωνικές συνθήκες της εποχής δεν άφηναν χώρο για περαιτέρω συζήτηση γύρω από την πάθηση [4]. Έπρεπε να περάσουν αρκετοί αιώνες, ώστε να υπάρξει μεγαλύτερη αφοσίωση σχετικά με την ασθένεια αυτή. Συγκεκριμένα τον 18ο αιώνα μ.Χ. έχουμε περιγραφές σχιζοφρενικών συμπεριφορών, στις οποίες μάλιστα δίνονται και ονόματα. Το 1865 ο Γάλλος Morel έκανε πρώτος την εισαγωγή του όρου «Dementia Praecox» (πρώιμη άνοια). Ακολουθεί ο όρος της «κατατονίας» από τον Kahlbaum κι έπειτα ο όρος «ηβηφρένεια» από τον Hecker το 1870, ώσπου το 1911, ο όρος «σχιζοφρένεια» εμφανίζεται από τον Bleuler.

Τα λεγόμενα 4 Άλφα της σχιζοφρένειας, έχουν κοινό παρονομαστή, ο οποίος δεν είναι άλλος από της έλλειψη της δομής της προσωπικότητας [5]. Αν και δεν αναφέρεται βιβλιογραφικά κάποιος συγκεκριμένος εξωγενής παράγοντας, κυριαρχούν οι διαταραχές του συναισθήματος [6,7].

Ο Bleuler, το 1911, εισαγάγει τον όρο «Spaltung», δηλαδή σχάση/σχίσμα, με σκοπό να δηλώσει με μεταφορικό τρόπο τις χαρακτηριστικές μεταβολές των διαφόρων ψυχικών λειτουργιών του πάσχοντος από τη νόσο ατόμου. Κατά αυτόν τον τρόπο θα δημιουργήσει την «ομάδα των σχιζοφρενικών», όλων δηλαδή των ψυχικών διαταραχών, οι οποίες είναι ενοποιημένες κλινικά, αλλά παρουσιάζουν διαφορές στις αιτίες εμφάνισης και στην αντιμετώπισή τους. Οι διαταραχές αυτές ανήκουν στην ομάδα των

ψυχώσεων. Η εξέλιξή τους είναι συνήθως χρόνια, ωστόσο υπάρχουν και περιπτώσεις, όπου ο ασθενής μπορεί να μεταβεί σε προγενέστερο στάδιο [8].

Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό αυτών των ψυχικών διαταραχών αποτελεί ο διχασμός των ψυχικών λειτουργιών [9]. Γι αυτό το λόγο, ο Bleuler επέλεξε τον όρο σχιζοφρένεια για την ασθένεια αυτή. Τόσο η σκέψη, όσο και το συναίσθημα και οι δραστηριότητες του ατόμου παρουσιάζουν έντονη σχάση. Σύμφωνα με τον Bercherie [9], το άτομο με σχιζοφρένεια έχει μειωμένη λειτουργικότητα (όχι μόνο λόγω έλλειψης θέλησης) σε διάφορους τομείς της ζωής του [10,11]. Είναι διχασμένο όσον αφορά την πραγματικότητα γύρω του, η σκέψη του δεν ακολουθεί κάποιον λογικό ειρμό, παρουσιάζει έλλειψη αυτοπεποίθησης, τα συναισθήματά του είναι παλλόμενα ενώ αδυνατεί να πραγματοποιήσει καθημερινές δραστηριότητες (π.χ αγορά τροφίμων, φυσική άσκηση) [12]. Εκτός αυτού, ο Bleuler, είναι υπεύθυνος για τη διάγνωση της «λανθάνουσας σχιζοφρένειας», η οποία είναι μια περίπτωση σχιζοφρενικής μορφής, κατά την οποία ο ασθενής παρουσιάζει νευρικά συμπτώματα. Έτσι, οδηγήθηκε στα λεγόμενα 4 Άλφα της σχιζοφρένειας τα οποία είναι τα εξής: Η αποσύνδεση, το απρόσφορο συναίσθημα, η αμφιθυμία και ο αυτισμός [13]. Αργότερα, από νεώτερους ερευνητές προστέθηκε η ανηδονία που απηχεί στην απουσία κινήτρων για μια φυσιολογική ζωή και η δυσκολία στην κοινωνική, επαγγελματική ή σχολική δραστηριότητα [14]. Σύμφωνα με τους Kraepelin και Bleuler, κυριότερο χαρακτηριστικό των σχιζοφρενών είναι η αποδιοργάνωση της προσωπικότητας, ενώ σύμφωνα με τον Schneider υπάρχει μια σειρά συμπτωμάτων, τα οποία μάλιστα τα διαχώρισε σε δυο κατηγορίες: σε πρώτου και δευτέρου βαθμού. Τα συμπτώματα πρώτου βαθμού είναι έντεκα με κυριότερα τις ακουστικές ψευδαισθήσεις, την παραλυτική παραποίηση της πραγματικότητας και τη σύγχυση μεταξύ του «εγώ» και του εξωτερικού κόσμου [15]. Με βάσει την άποψη του Μαντωνάκη [16] ο διαχωρισμός αυτός δεν είναι απολύτως ικανοποιητικός, διότι τα παραπάνω συμπτώματα δεν θεωρούνται παθογνωμικά της σχιζοφρένειας.

Η αινιγματική φύση της νόσου, προκάλεσε εξαιρετικό ενδιαφέρον στο χώρο των ερευνητών. Το 1903 ο Jung έκανε μια απόπειρα περιγραφής των συνειρμικών διαταραχών της ασθένειας, ενώ ο Meyer (1905) οφείλεται για τα ψυχολογικά, αλλά και βιολογικά αίτια, τα οποία ευθύνονται για την εμφάνιση αυτής. Ακολουθεί ο Pavlov, ο οποίος κατά τη δεκαετία του 1920, εισήγαγε τη θεωρία του περί εξαρτημένων αντανακλαστικών. Πιο συγκεκριμένα υπογράμμισε την επικράτηση της αναστολής του κεντρικού νευρικού συστήματος και την κατάσταση χρόνιας ύπωσης ως βασικές αιτίες πρόκλησης της νόσου. Οι απόψεις του Pavlov υιοθετήθηκαν από το σύνολο των ψυχιάτρων της ανατολικής Ευρώπης και έχουν ισχύ έως και σήμερα.

Στη συνέχεια, διάφοροι μελετητές ασχολήθηκαν με πιθανές θεραπευτικές μεθόδους της νόσου. Το ινσουλινικό κώμα εισήχθη από τον Sake το 1933, ενώ ο Meduna [17] εισήγαγε θεραπεία με χημικά μέσα. Οι Cerletti και Bini [18] εισήγαγαν την ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Το 1952, οι Delay, Deniker και

Harl [19] εισήγαγαν στις θεραπευτικές μεθόδους τις φαινοθειαζίνες και σηματοδότησαν την εκκίνηση της σύγχρονης ψυχοφαρμακολογίας. Παράλληλα το 1959 ο Leonhard περιέγραψε τα «άτυπα σχιζοφρενικά σύνδρομα» ως διακριτές κλινικές οντότητες [20].

Κλείνοντας, το 2013 δημοσιεύθηκε η πέμπτη έκδοση του Εγχειριδίου Ταξινόμησης των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM – 5), στην οποία κατηγοριοποιούνται τα πιο συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια (προϊόν εκτεταμένης κλινική έρευνας) για τη νόσο και τις μορφές της μαζί με στοιχεία για την πορεία, τις κλινικές συσχετίσεις και την πρόγνωση της [20]. Ωστόσο, θα πρέπει να παρατηρηθεί ότι η έκδοση αυτή στις περισσότερες περιπτώσεις δεν περιέχει σημαντικές διαφορές από τις προηγούμενες.

Η Δέκατη Αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD-10) περιλαμβάνει τη λεπτομερή ταξινόμηση άνω των 300 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς, η οποία θα διατίθεται σε αρκετές διαφορετικές μορφές για διάφορους σκοπούς. Η μορφή αυτή περιέχει τις κλινικές περιγραφές των διαταραχών, όπως και εκτενείς οδηγίες για τη διάγνωσή τους [30].

Οι κλινικές περιγραφές περιέχουν λεπτομερώς τα κύρια σημεία και συμπτώματα κάθε διαταραχής, την ποικιλία, τη συσχέτιση και τη διάρκεια των συμπτωμάτων, που αποτελούν τα κριτήρια για τη βέβαιη διάγνωση. Επίσης, για κάθε συγκεκριμένη κατηγορία υπάρχει κατάλογος των διαταραχών που περιλαμβάνονται ή αποκλείονται από τη διάγνωση, όπως και διαταραχές (ψυχικές και συμπεριφοράς) που περιλαμβάνονται στην ταξινόμηση ICD-10 και οι οποίες παρατηρούνται συχνά [30].

Τύποι Σχιζοφρένειας

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας γίνεται με βάση διάφορα συμπτώματα, τα οποία ωστόσο ποικίλλουν, καθώς η νόσος συνεχώς μεταβάλλεται [35,36,37,38]. Ο διαχωρισμός των διαφόρων τύπων σχιζοφρένειας γίνεται βάσει των κυρίαρχων χαρακτηριστικών της νόσου. Επομένως, οι τύποι σχιζοφρένειας είναι οι ακόλουθοι:

- **Παρανοϊκός τύπος**

Πρόκειται για την πιο διαδεδομένη μορφή σχιζοφρένειας, όπου το καθοριστικό χαρακτηριστικό του πάσχοντος είναι η παρουσία ακουστικών ψευδαισθήσεων. Τα άτομα με παρανοϊκό τύπο σχιζοφρένειας έχουν επίσης παραληρητικές ιδέες με διωκτικό περιεχόμενο και πολλές φορές πλάθουν στο μυαλό τους συνομωτικά σενάρια εναντίον τους. Παρά τα παραπάνω συμπτώματα, τα άτομα που πάσχουν από αυτόν τον τύπο σχιζοφρένειας, μπορούν να είναι αποδοτικά σε πολλούς τομείς, όπως για παράδειγμα στο εργασιακό τους περιβάλλον και στις διαπροσωπικές- κοινωνικές τους σχέσεις. Οι λόγοι

πρόκλησης δεν είναι απολύτως σαφείς και κυρίως πλήττει άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Οι πάσχοντες αυτού του είδους σχιζοφρένειας χρειάζονται θεραπεία, καθώς μπορεί να γίνουν επικίνδυνοι, τόσο για τους ίδιους, όσο και για τον περίγυρό τους και σε κάποιες περιπτώσεις να οδηγηθούν σε ανθρωποκτονία ή και αυτοκτονία [29].

Τα κυριότερα συμπτώματα αυτού του τύπου είναι οι παραληρητικές ιδέες δίωξης, οι ακουστικές παραισθήσεις, οι οποίες δημιουργούν το αίσθημα απειλής στον πάσχοντα ή γενικότερα οι ακουστικές ψευδαισθήσεις όπως διάφοροι ήχοι (χωρίς κάποιο συγκεκριμένο νόημα, όπως γέλιο, φωνές κλπ), οι ψευδαισθήσεις των αισθήσεων, οι οπτικές ψευδαισθήσεις (είναι εξαιρετικά σπάνιες, όμως έχουν παρατηρηθεί μεμονωμένα κρούσματα), η εχθρική συμπεριφορά και ο αυξημένος θυμός, ο αποδιοργανωμένος λόγος, το απρόσφορο συναίσθημα και η κατατονική και αλλοπρόσαλη συμπεριφορά [29].

• Αποδιοργανωμένος τύπος

Άτομα τα οποία πάσχουν από τον αποδιοργανωμένο τύπο σχιζοφρένειας, παρουσιάζουν αποδιοργανωμένο λόγο και συμπεριφορά. Άλλο χαρακτηριστικό είναι το αμβλύ ή επίπεδο συναίσθημα [29,13]. Σύμφωνα με τους Black και Andreasen [39] οι παραληρητικές ιδέες αυτού του τύπου διαφέρουν συγκριτικά με τον παρανοϊκό τύπο σχιζοφρένειας, καθώς είναι περισσότερο αποσπασματικές και λιγότερο οργανωμένες. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν δυσκολίες ακόμα και σε απλές καθημερινές λειτουργίες και δραστηριότητες, καθιστώντας έτσι αναγκαία την επίβλεψή τους από ειδικό επί εικοσιτετραώρου βάσεως.

Η κύρια βλάβη που παρουσιάζουν είναι στο συναισθηματικό πεδίο. Οι συναισθηματικές τους εξάρσεις πολλές φορές δεν έχουν κάποιο υπόβαθρο κι εκτός αυτού μπορεί να μην συνάδουν με την εκάστοτε κατάσταση. Για παράδειγμα ένας πάσχων από αποδιοργανωμένο τύπο σχιζοφρένειας μπορεί να ξεσπάσει σε γέλια κατά τη διάρκεια μιας κηδείας.

Τα συμπτώματα του αποδιοργανωμένου τύπου είναι τα εξής:

- Αποδιοργανωμένος λόγος και συμπεριφορά
- Παραληρητικές ιδέες ή ψυδαισθήσεις χωρίς κάποια οργάνωση
- Υποχονδρικά συμπτώματα
- Κοινωνική απόσυρση
- Επίπεδο συναίσθημα και
- Ιδιορρυθμίες στη συμπεριφορά

- **Κατατονικός τύπος:**

Ο πάσχων από κατατονικό τύπο έχει κυρίως προβλήματα στην ομιλία και την κίνηση. Σύμφωνα με τη Σικελιανού [40], ούτως ώστε να γίνει διάγνωση κατατονικού τύπου, το άτομο θα πρέπει να παρουσιάζει τουλάχιστον δυο συμπτώματα όπως για παράδειγμα ακινησία, υπερβολική δραστηριότητα, ηχολαλία, έντονο αρνητισμό ή ηχοπραξία και μίμηση κινήσεων μέσω μορφασμών. Τα πάσχοντα άτομα μπορεί να παρουσιάσουν είτε πλήρη ακινησία είτε υπερβολική δραστηριότητα.

Πολλές από τις κινήσεις του κατατονικού τύπου, μπορεί να είναι άσκοπες, ωστόσο η πράξη αυτών ικανοποιεί ιδιαιτέρως το άτομο, προσφέροντάς του ένα αίσθημα ικανοποίησης. Σε αντίθεση, η μη πραγματοποίησή τους ευθύνεται για την πρόκληση αισθήματος ανηδονίας, άγχους και ευαλωτότητας του ατόμου. Ωστόσο, οι στερεοτυπικές αυτές κινήσεις μπορεί να επηρεάσουν δραματικά τις καθημερινές λειτουργίες και την κοινωνική συμπεριφορά του πάσχοντος [14,41].

Οι κατατονικοί τύποι παρουσιάζουν συνήθως έντονη ακινησία ή ακόμα και οκνηρία. Μπορούν επίσης να παραμείνουν σε μια συγκεκριμένη θέση για μεγάλο χρονικό διάστημα, χωρίς να παρουσιάσουν κάποιο είδος δυσφορίας. Το φαινόμενο αυτό σύμφωνα με τη Σικελιανού [40] αναφέρεται ως «κηρώδης ευκαμψία». Εκτός αυτού, οι κατατονικοί τύποι είναι ικανοί να μην παρουσιάζουν κάποια δυσανασκέπηση σε διάφορες περιέργες, ασυνήθιστες στάσεις σώματος [14,42,43,44].

- **Αδιαφοροποιήτος τύπος**

Σύμφωνα με τον Hogan [29], τα συμπτώματα του αδιαφοροποιήτου τύπου σχιζοφρένειας είναι η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, οι παραλητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις. Η κατάταξη σε αυτόν τον τύπο, γίνεται με βάση το γεγονός ότι το άτομο πληρεί κάποια βασικά χαρακτηριστικά των συμπτωμάτων που προαναφέρθηκαν στους παραπάνω τύπους. Επομένως δεν έχουν κάποιο συγκεκριμένο χαρακτηριστικό, το οποίο τους διαφοροποιεί από τους παραπάνω. Σε αυτό το σημείο, όμως οι Black και Andreasen [39] επισημαίνουν ότι, καθώς τα συμπτώματα των σχιζοφρενών μεταβάλλονται στο πέρασ του χρόνου, συνεπώς και οι αδιαφοροποιήτοι σχιζοφρενείς, μπορεί μελλοντικά να παρουσιάσουν κάποιο διαφορετικό σύμπτωμα, το οποίο θα τους κατατάξει σε μια από τις προηγούμενες κατηγορίες.

- **Υπολλειματικός τύπος:**

Τέλος, υπάρχει η κατηγορία του υπολλειματικού σχιζοφρενή, όπου το άτομο δεν παρουσιάζει έντονα ψυχωσικά συμπτώματα. Διάφορες παραισθήσεις (κυρίως οπτικές) ή ψευδαισθήσεις μπορεί να

είναι ακόμα παρούσες, ωστόσο η σοβαρότητά τους δεν είναι συγκρίσιμη με αυτή της οξείας φάσης της νόσου [45,46,47]. Τα κυριότερα συμπτώματα του υπολειμματικού τύπου είναι η απουσία έντονων ψυχωσικών συμπτωμάτων, η κοινωνική απόσυρση και απρόσφορο συναίσθημα, η εκκεντρική συμπεριφορά, η έλλειψη ενδιαφερόντων και κινήτρων, η έλλειψη δραστηριότητας και η εκδήλωση τουλάχιστον ενός συμβάντος σχιζοφρένειας στο παρελθόν [48].

Αιτιολογία εμφάνισης σχιζοφρένειας

Παρά το γεγονός ότι η σχιζοφρένεια έχει απασχολήσει πολλούς μελετητές, η αιτιολογία της εμφάνισής της παραμένει ακόμα και σήμερα άγνωστη. Διαφορετικά αίτια, τα οποία είναι εντελώς ανεξάρτητα μεταξύ τους, μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση και στην εξέλιξή της. Βάσει ερευνών, έχουν γίνει προσπάθειες να καθοριστούν βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την πρόκληση της νόσου [49,50,51,37,52].

- **Ευαλότητα**

Πολλοί ερευνητές συμφωνούν στην ιδέα του μακροπρόθεσμου μοντέλου «ευαλότητας-άγχους», ως αιτία πρόκλησης της νόσου. Σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο, τα άτομα με σχιζοφρένεια χαρακτηρίζονται από διαφορετικό βαθμό ευαλότητας, η οποία καθορίζεται από ένα συνδυασμό βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων [53,54,55,56]. Η ευαλότητα θεωρείται υπεύθυνη για πρόκληση συμπτωμάτων, σε περίπτωση που οι περιβαλλοντικοί παράγοντες του ατόμου, του προκαλούν άγχος. Σε περίπτωση κατά την οποία η ευαλότητα του ατόμου είναι αυξημένη, δεν είναι απαραίτητη η ύπαρξη στρεσογόνων παραγόντων για την εμφάνιση συμπτωμάτων; συνεπώς αυξημένη ευαλότητα οδηγεί σε πιο πιθανή εμφάνιση ψυχωτικών διαταραχών [57,58,59]. Από την άλλη πλευρά, αν η ευαλότητα είναι χαμηλή, τότε οι στρεσογόνοι παράγοντες παίζουν καθοριστικό ρόλο και είναι υπεύθυνοι για εμφάνιση συμπτωμάτων [60,61].

- **Προγεννητικά αίτια**

Στον ερευνητικό χώρο, αποτελεί κοινή γνώμη το γεγονός, ότι προγεννητικοί παράγοντες μπορεί να είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση σχιζοφρένειας στο άτομο [62,63,64]. Πιο συγκεκριμένα, βάσει ερευνών, έχει γίνει εμφανές ότι η σχιζοφρένεια μπορεί να προκληθεί, όταν κατά τη διάρκεια της κύησης η μητέρα εμφανίζει ιώσεις, έχει νευροπαθολογικές διαταραχές ή έχει υποστεί νευροχημικές αλλοιώσεις [65]. Ακόμα, οι πιθανότητες αυξάνονται όταν υπάρχουν προβλήματα κατά τον τοκετό, τα οποία επηρεάζουν την παροχή οξυγόνου στον εγκέφαλο του μωρού [66]. Τέλος, το άγχος και η κακή διατροφή

της μητέρας κατά την κύηση, είναι σημαντικοί προγεννητικοί παράγοντες για πιθανή εμφάνιση συμπτωμάτων.

- **Περιβαλλοντικά αίτια και κατάχρηση ουσιών**

Σύμφωνα με τον Αντωνάτο [67], το περιβάλλον διαβίωσης του ατόμου παίζει σημαντικό ρόλο για πιθανή εμφάνιση συμπτωμάτων σχιζοφρένειας. Συνθήκες όπως αυτή της ανεργίας, κακών συνθηκών στέγασης (π.χ. άστεγοι), παιδικών τραυμάτων, ψυχολογικής ή σωματικής κακοποίησης, φυλετικών διακρίσεων και κοινωνικής απομόνωσης, είναι σημαντικοί παράγοντες, οι οποίοι μπορεί να επηρεάσουν το άτομο. Επίσης, η αυξημένη χρήση ναρκωτικών (κάνναβης, κοκαΐνης και αμφεταμινών) μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε σχιζοφρένεια [68,37,38].

- **Περιγεννητικές επιπλοκές**

Σύμφωνα με την Παπαδοπούλου [69], πάσχοντες από σχιζοφρένεια, υπήρξαν νεογνά με χαμηλό βάρος σώματος ή που γεννήθηκαν πρόωρα. Γι αυτό το λόγο, κρίνεται σκόπιμο το ακτινογραφικό εύρημα της διεύρυνσης των κοιλιών του εγκεφάλου [70,71].

- **Ιογενείς λοιμώξεις**

Διάφορες ιογενείς λοιμώξεις του νεογνού μπορούν να εξασθενήσουν τη νευρική ανάπτυξη του εγκεφάλου κατά τους πρώτους μήνες ζωής [72,73,74,75].

- **Κληρονομικότητα**

Η κατ'εξοχήν κληρονομική μεταβίβαση της σχιζοφρένειας είναι αρκετά σπάνια και περίπλοκη. Η μεταβίβαση, επομένως δεν μπορεί να γίνει μέσω ενός μεμονωμένου γονιδίου, αλλά είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης πολλών γονιδίων και περιβαλλοντικών συνθηκών [76]. Σύμφωνα με την Βαρβόγλη [77], η εμφάνιση της νόσου είναι πιθανή όταν:

- Υπάρχει κύηση με μονοζυγωτικά δίδυμα. Έχει παρατηρηθεί ότι αυτού του είδους η κύηση έχει 50% πιθανότητα πρόκλησης της νόσου. Τα διζυγωτικά δίδυμα έχουν μόλις 15%. Η πιθανότητα ανέρχεται στο ποσοστό της τάξεως του 35%, όταν και οι δυο γονείς πάσχουν από τη νόσο.

- Όταν κάποιο άτομο από τον ευρύτερο συγγενικό κύκλο πάσχει από τη νόσο, τότε υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης. Ο κίνδυνος είναι ακόμα μεγαλύτερος, όταν το άτομο είναι πρώτου συγγενικού βαθμού.
- Ένα στα δέκα παιδιά, των οποίων οι γονείς πάσχουν από τη νόσο, παρουσιάζουν σχιζοφρένεια.
- Τα γονίδια τα οποία είναι υπεύθυνα για τη διαταραχή είναι το 6, 13, 18 και 22 [78,79].

• **Νευροπαθολογικές διαταραχές**

Ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου είναι υπεύθυνες για τα συναισθήματα, τη συμπεριφορά και την προσωπικότητα του ατόμου. Αυτά είναι η αμυγδαλή, ο ιππόκαμπος, ο κορχομετωπιαίος φλοιός και ο προμετωπιαίος φλοιός. Καθώς η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος άμεσα συνδεδεμένη με τις δυσλειτουργίες του εγκεφάλου, οι μελετητές έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι τα συμπτώματα αυτής οφείλονται σε ανωμαλίες κατά τη μεταβίβαση και επεξεργασία πληροφοριών στον εγκέφαλο. Άτομα που έχουν διαγνωστεί με τη νόσο, παρουσιάζουν αλλαγές στη δομή του εγκεφάλου. Οι νευροδιαβιβαστές (χημικές ουσίες στις νευρικές απολήξεις του εγκεφάλου) παρουσιάζουν ανώμαλη λειτουργία, με αποτέλεσμα τα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου που επικοινωνούν μέσω αυτών να κλονίζονται στα πάσχοντα άτομα [69]. Ως αποτέλεσμα αυτού, τα σχιζοφρενή άτομα παρουσιάζουν δυσκολία στον εστιασμό, στην αφαιρετική σκέψη και έχουν επιβράδυνση στο χρόνο αντίδρασης σε εξωτερικά ερεθίσματα.

• **Ψυχολογικά και περιβαλλοντικά αίτια πρόκλησης της νόσου**

Διάφοροι επιστήμονες, εστίασαν σε ψυχολογικά και περιβαλλοντικά αίτια, τα οποία είναι υπεύθυνα για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας [80,11]. Κοινή γνώμη αποτελεί για τους Freud και Erikson, ότι η έλλειψη στοργής και αφοσίωσης (ιδιαίτερα κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του ατόμου), δημιουργεί το αίσθημα της αποξένωσης, της απόσυρσης και της σύγχυσης ως προς τη διαμόρφωση της προσωπικής του ταυτότητας. Τα ψυχολογικά τραύματα μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, καθώς και οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις, μπορούν να επηρεάσουν την εξέλιξη της νόσου [81]. Επίσης, οικογένειες με ισχυρά εκφραζόμενο συναίσθημα, όπως για παράδειγμα υπερπροστατευτικοί γονείς ή αντίθετα εχθρικοί, ασκούν επίσης επιρροή στην ψυχολογία του ασθενούς [80,11].

Τέλος, οι χαμηλοί κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες έχουν αποδειχθεί ότι συνδέονται με τη σχιζοφρένεια. Οι στρεσογόνοι ρυθμοί ζωής, η αστικοποίηση, η έντονη παρουσία τεχνολογίας στη ζωή του ατόμου είναι αιτίες εμφάνισης ψυχωτικών διαταραχών. Το άτομο οδηγείται στην αποξένωση και την απομόνωση του εγώ του [82].

Συμπτώματα που προμηνύουν σχιζοφρένεια

Διάφορα συμπτώματα του ατόμου μπορεί να κρούσουν τον κώδωνα για την ύπαρξη σχιζοφρένειας. Αυτά είναι τα εξής: διαρκής αίσθηση ότι το άτομο παρακολουθείται ή/ και έχει ακουστικές ή οπτικές (πολύ σπάνια) ψευδαισθήσεις [45,46], αλλόκωτος τρόπος ομιλίας και γραφής, παράξενη στάση σώματος, αδιαφορία ακόμα και για μείζονα ζητήματα, έκπτωση ή δυσκολία στην αποδοτικότητα σε σχολείο ή εργασία, αλλαγές της προσωπικότητας, αποξένωση και απόσυρση από κοινωνικά δρώμενα, έντονες αντιδράσεις (θυμός, τρόμος κλπ.), αδυναμία συγκέντρωσης, διαταραγμένο ύπνο (υπνηλία ή αυπνία), και απουσία διοργανωμένης σκέψης [45].

Το κόστος της σχιζοφρενειας και ο κοινωνικός στιγματισμός

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η σχιζοφρένεια εκτιμάται ότι προκαλεί μεγαλύτερη αναπηρία μαζί με εννέα υπόλοιπες διαταραχές [83]. Ένα 50% των ασθενών, οδηγείται στο θάνατο, εξαιτίας των συμπτωμάτων της ασθένειας. Συγκεκριμένα ένα 10% των ατόμων οδηγείται στην αυτοκτονία, ενώ επίσης θάνατος μπορεί να προκληθεί και από ποικίλα σωματικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής. Πολλοί σχιζοφρενείς οδηγούνται στο θάνατο εξαιτίας νόσων που σχετίζονται με την παχυσαρκία, το διαβήτη, τη χοληστερίνη (υπερλιπιδαιμία/υπερχοληστεριναιμία), καρδιαγγειακά προβλήματα και την κατανάλωση ουσιών [84,37,85,86,38].

Εκτός όλων των σωματικών και ψυχολογικών βλαβών το πάσχον άτομο έχει να αντιμετωπίσει τον κοινωνικό αποκλεισμό από διάφορες πηγές, συμπεριλαμβανομένων των κοινοτήτων, των οικογενειών, των εκκλησιών, των συναδέλφων και των φροντιστών ψυχικής υγείας. Ο βαθμός στον οποίο οι ασθενείς αντιμετωπίζουν τον στιγματισμό στην καθημερινή τους ζωή έχει μεγάλη σημασία για την ανάκαμψη και την ποιότητα της ζωής τους. Η πλειονότητα των ατόμων με σχιζοφρένεια τείνουν να προσπαθούν να αποκρύψουν τη διαταραχή τους και ανησυχούν πολύ για τον τρόπο που θα αντιδράσουν οι άλλοι όταν μαθαίνουν σχετικά με την ψυχιατρική τους κατάσταση. Φοβούνται πως θα τους αντιμετωπίσουν δυσμενώς. Αναφέρουν απογοήτευση, πόνο, θυμό και μειωμένη αυτοεκτίμηση και προτρέπουν τη δημόσια εκπαίδευση ως μέσο μείωσης του στιγματισμού. Με άλλα λόγια, μέσα από εκπαιδευτικά ιδρύματα, θα πρέπει να προάγεται η αποδεκτικότητα των ατόμων με σχιζοφρένεια, με σκοπό την αποφυγή του αποκλεισμού τους από την κοινωνία [88,89].

Κεφάλαιο 2ο

Θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας

Με σκοπό να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά η σχιζοφρένεια, χρειάζεται ιδιαίτερη αφοσίωση, χρόνος και επιμονή. Το ίδιο το άτομο, η οικογένειά του, αλλά ολόκληρη η ομάδα υποστήριξής του (ψυχολόγοι, ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές, νοσηλευτές) θα πρέπει να καταβάλλουν μεγάλη προσπάθεια μέχρι να φανούν σημάδια προόδου. Σε αυτό το σημείο, πρέπει να δηλωθεί, ότι η εξάλειψη της νόσου μέσω θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι κάτι σχεδόν ανέφικτο [90]. Ωστόσο, σκοπός της αντιμετώπισης είναι η μείωση των συμπτωμάτων και η κοινωνική επανένταξη του ατόμου. Θα μπορούσε επομένως να πει κανείς, ότι μέσω της θεραπευτικής αγωγής το άτομο δεν ξεπερνά τη νόσο, αλλά διατηρείται σε μια κατάσταση καταστολής, κατά την οποία δεν εμφανίζει τα συμπτώματα αυτής. Η θεραπεία, επομένως, λειτουργεί σε δυο επίπεδα, στο σωματικό και στο ψυχοκοινωνικό [91].

Είδη Θεραπείας

Διάφορα είδη θεραπείας προσφέρονται για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, χωρίς όμως αυτά να υπόσχονται απαραίτητα και θετικά αποτελέσματα. Αυτά είναι τα εξής:

- Ψυχοφάρμακα με σκοπό την καταστολή των ψυχωτικών συμπτωμάτων
- E.C.T. Δηλαδή, ηλεκτροσόκ σε συνδυασμό με ψυχοφάρμακα, που η εμπειρία έχει δείξει ότι μπορούν να επιφέρουν θετικά αποτελέσματα, ακόμα και σε περιπτώσεις όπου άλλου είδους θεραπείες έχουν αποτύχει.
- Η χειρουργική θεραπεία με λοβεκτομή. Ωστόσο, δεν θεωρείται κατάλληλη μέθοδος, καθώς το άτομο μετατρέπεται σε «φυτό».
- Ψυχοθεραπεία, ούτως ώστε το άτομο να μπορέσει να κοινωνικοποιηθεί και φύγει από την αποξένωση.
- Ινσουλινοθεραπεία
- Ψυχοκοινωνικές θεραπείες, όπου η οικογένεια και η κοινότητα θα βοηθήσουν το άτομο να αντιμετωπίσει τη νόσο [92].

Καθώς η ίδια η φύση της νόσου είναι πολυδιάστατη, έτσι και η αντιμετώπισή της δεν είναι μονομερής. Με σκοπό να σημειωθούν θετικά αποτελέσματα, το σχιζοφρενές άτομο θα πρέπει να ακολουθήσει συνδυασμό θεραπειών, με φαρμακευτική αγωγή κάνοντας χρήση ουσιών όπως Αλοπεριδόλη, Ρισπεριδόνη, Ολανζαπίνη και Κουετιαπίνη και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις [84,14,93,37]. Ωστόσο, τα βιβλιογραφικά ευρήματα υποδηλώνουν την ύπαρξη ανεπιθύμητων ενεργειών όπως η παχυσαρκία, μείωση των κινήτρων για σωματική δραστηριότητα και υγιεινή διατροφή και γενικότερα χαμηλή ποιότητα ζωής [94,95,96,97].

Φαρμακευτικές Θεραπείες

Η κύρια θεραπεία της σχιζοφρένειας μέσω φαρμακευτικής αγωγής επιτυγχάνεται με τη λήψη αντιψυχωτικών φαρμάκων [52,98,38]. Με τον όρο «αντιψυχωτικά φάρμακα», δηλώνονται τα φάρμακα τα οποία δρουν πάνω στις ψυχικές διαταραχές του πάσχοντος ατόμου και αποτελούν το κύριο συστατικό της επιτυχούς θεραπείας. Η αποτελεσματικότητά τους επιφέρει σημαντικές βελτιώσεις στην καθημερινότητα του ατόμου, στην ποιότητα ζωής και στοχεύει στην πρόληψη ψυχωτικών συμπτωμάτων. Τα αντιψυχωτικά φάρμακα τα οποία χορηγούνται για τη σχιζοφρένεια, χωρίζονται στα «τυπικά» και στα «άτυπα». Τα «τυπικά» φάρμακα είναι τα κλασικά φάρμακα πρώτης γενιάς, ενώ τα «άτυπα» είναι δεύτερης. Οι διαφορές μεταξύ τους είναι η αποτελεσματικότητά τους και η συχνότητα χορήγησής τους [38,98].

Στην πρώτη κατηγορία, ανήκουν κυρίως τα παράγωγα της φαινοθειαζίνης, αλειφατικά (χλωροπρομαζίνη, λεβομεπρομαζίνη), τα πιπεριδικά και τα πιπεραζινικά (τριφθοριοπεραζίνη), τα παράγωγα της βουτυροφαινόνης (αλοπεριδόλη), τα παράγωγα της διφαινυλοβουτυλοπιπεριδίνης (πιμοζίδη, πενφλουριδόλη), τα παράγωγα του θειοξανθενίου (ζουκλοπενθιξόλη), οι βενζαμίδες (σουλπιρίδη). Στη δεύτερη κατηγορία, περιλαμβάνονται τα άτυπα αντιψυχωσικά: αμισουλπρίδη, αριπιπράζολη, κλοζαπίνη, ολανζαπίνη, κουετιαπίνη, ρισπεριδόνη, ζιπρασιδόνη, σερτινδόλη, ζοτεπίνη, παλιπεριδόνη, ιλοπεριδόνη, ασεναπίνη [99].

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα διατίθενται σε σκευάσματα που χορηγούνται από το στόμα, παρεντερικά (ενδομυϊκά, ενδοφλέβια) βραχείας διάρκειας και παρεντερικά (σε ενέσιμη μορφή ενδομυϊκής χορήγησης μέσης ή μακράς διάρκειας παρατεταμένης αποδέσμευσης «depot»). Οι κύριες ενδείξεις χορήγησης των αντιψυχωσικών περιλαμβάνουν την αντιμετώπιση των οξέων ψυχωσικών επεισοδίων, την πρόληψη των υποτροπών και την ταχεία καταστολή στο πλαίσιο ενός οξέως ψυχωσικού επεισοδίου. Η κύρια φαρμακολογική δράση των αντιψυχωσικών φαρμάκων είναι η ανταγωνιστική ντοπαμινεργική δράση στους D2 υποδοχείς. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα έχουν επιπρόσθετα χημική συγγένεια με ένα φάσμα άλλων υποδοχέων, π.χ. άλλων ντοπαμινεργικών, σεροτονινεργικών, ισταμινικών, μουςκαρινικών και αδρενεργικών, που μπορεί να σχετίζεται με την αποτελεσματικότητά τους στην αντιμετώπιση των ψυχωσικών συμπτωμάτων, αλλά και το προφίλ των παρενεργειών τους. Η κλοζαπίνη παρουσιάζει ένα διαφοροποιημένο σύνολο φαρμακολογικών δράσεων (μικρότερη συγγένεια με τους D2 υποδοχείς και μεγαλύτερη συγγένεια για τους D4, καθώς και για ορισμένους σεροτονινεργικούς υποδοχείς) και έχει ένδειξη για τη θεραπεία της ανθεκτικής στη θεραπεία σχιζοφρένειας. Τόσο τα κλασικά (ή αντιψυχωσικά πρώτης γενιάς) όσο και τα άτυπα αντιψυχωσικά (ή αντιψυχωσικά δεύτερης γενιάς) παρουσιάζουν διάφορες παρενέργειες. Αυτές περιλαμβάνουν την αύξηση του σωματικού βάρους, δυσλιπιδαιμία, υπερπρολακτιναιμία, σεξουαλική δυσλειτουργία, εξωπυραμιδικές παρενέργειες, αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες, καταστολή, υπνηλία και ορθοστατική υπόταση. Το προφίλ των παρενεργειών

διαφέρει από σκεύασμα σε σκεύασμα, με τα άτυπα αντιψυχωσικά να συσχετίζονται με μικρότερο ρίσκο εκδήλωσης εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων, εν τούτοις συσχετίζονται συχνά με τον κίνδυνο πρόκλησης μεταβολικών παρενεργειών, όπως αύξησης του σωματικού βάρους, δυσλιπιδαιμίας, διαταραχής της ρύθμισης του σακχάρου, που αυξάνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης μεταβολικού συνδρόμου (κεντρική παχυσαρκία, αυξημένη γλυκόζη αίματος, υπερτριγλυκεριδαμία, χαμηλά επίπεδα HDL χοληστερίνης). Το μεταβολικό σύνδρομο αυξάνει το ρίσκο της πρόκλησης στεφανιαίας νόσου και σακχαρώδη διαβήτη [99,38,98].

Αντιψυχωτικά πρώτης γενιάς

Ο μηχανισμός δράσης των αντιψυχωτικών πρώτης γενιάς γίνεται μέσω του αποκλεισμού των κεντρικών υποδοχών ντοπαμίνης (π.χ. D2, D3, D4). Επιπλέον, τα αντιψυχωτικά πρώτης γενιάς είναι υπεύθυνα για την εκπόλωση των ντοπαμινικών νευρώνων στη μελαινοραβδωτή, τη μεσολιμβική και σε άλλες οδούς. Ως αποτέλεσμα της ελάττωσης της ντοπαμίνης, βελτιώνονται τα συμπτώματα ψύχωσης. Ωστόσο, υπάρχουν πολλές ανεπιθύμητες παρενέργειες των φαρμάκων αυτών, που επηρεάζουν κυρίως το κεντρικό νευρικό σύστημα. Προκαλούν ζάλη, υπόταση και ερύθυμα. Στην αρχή της θεραπείας, το άτομο μπορεί επίσης να εμφανίσει:

- Παρκινσονικό σύνδρομο
- Οξεία δυστονία
- Ακαθυσία [100].

Έπειτα από πολλούς μήνες ή χρόνια έκθεσης στο φάρμακο, το άτομο μπορεί να παρουσιάσει:

- Κινήσεις της γλώσσας, της παρειάς και των μαστήρων
- Χοριοαθετωσικές κινήσεις της γλώσσας
- Χοριόμορφες κινήσεις των άκρων και του κορμιού

Άλλες παρενέργειες των αντιψυχωτικών πρώτης γενιάς μπορεί να είναι:

- Θάμβος όρασης
- Ξηροστομία
- Δυσκοιλιότητα
- Κατακράτηση ούρων
- Γνωσιακή αποδιοργάνωση [101].

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα πρώτης γενιάς έχουν επίσης ενδοκρινικές επιδράσεις. Εξαιτίας της ελαττωμένης ντοπαμινεργικής δραστηριότητας στην υπόφυση, τα επίπεδα προλακτίνης αυξάνονται. Ως αποτέλεσμα αυτού, σημειώνεται αύξηση βάρους, διόγκωση των μαστών, γυναικομαστία στους άντρες και σεξουαλική δυσλειτουργία [101].

Αντιψυχωσικά φάρμακα δευτερης γενιάς

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα δευτερης γενιάς είναι κυρίως χάπια που εμπεριέχουν κλοζαπίνη. Η λήψη τους από τον ασθενή γίνεται σε μορφή κάψουλας. Τα πλεονεκτήματα του φαρμάκου είναι τα εξής:

- Ο ασθενής μειώνει τις αυτοκαταστροφικές του τάσεις και δεν οδηγείται σε αυτοκτονία
- Επιτυγχάνεται η μείωση της επιθετικότητας και της βίαιης συμπεριφοράς
- Παρουσιάζεται σημαντική ελάττωση της όψιμης δυσκινησίας
- Στο σύνολο, τα αρνητικά συμπτώματα της νόσου μειώνονται [38,98].

Ωστόσο, όπως και τα αντιψυχωσικά φάρμακα πρώτης γενιάς, έτι και αυτά της δευτερης έχουν μια λίστα από αρνητικές επιδράσεις στον ασθενή, οι οποίες είναι οι ακόλουθες:

- Αύξηση βάρους
- Σιελόρροια
- Αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες
- Ακοκκιοκυτταραιμία
- Ορθοστατική υπόταση
- Νυχτερινή ενούρηση
- Μυοκαρδίτιδα
- Εμφάνιση διαβήτη κ.ά. [101,38,98].

Ανθεκτική Σχιζοφρένεια

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα, αποτελούν την ιδανική επιλογή για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας και σε αυτή την άποψη συμφωνούν οι περισσότεροι ψυχίατροι παγκοσμίως. Σχεδόν σε όλους τους σχιζοφρενείς, χορηγούνται αντιψυχωσικά, ωστόσο κάποιοι ασθενείς είναι «ανθεκτικοί», δηλαδή δεν ανταποκρίνονται πλήρως στη θεραπεία. Η μερίδα αυτή των ασθενών είναι και η πλέον τραγική, καθώς οι ασθενείς υποφέρουν από διαρκή ψυχωτικά επεισόδια. Η σχιζοφρένεια αυτή ονομάζεται «ανθεκτική ή ανθιστάμενη» εξαιτίας της σθεναρής αντίστασης των ασθενών στη θεραπεία. Σε αυτό το σημείο, κρίνεται σκόπιμο να ειπωθεί, ότι η ανθιστάμενη σχιζοφρένεια αποτελεί συνιστώσα πολλών παραγόντων και όχι μόνο φαρμακευτικών. Κλινικοί, νευροβιολογικοί παράγοντες, καθώς και μορφολογικές αλλαγές στον εγκέφαλο του ασθενούς, οδηγούν σε αυτήν [52,35,94,95,96,97].

Σύμφωνα με τον Castle [102], ο ασθενής αντιστέκεται στη θεραπεία όταν βλέπει την αρνητική συμπτωματολογία, η νόσος είναι σε προχωρημένο στάδιο, δεν υπάρχουν θετικά αποτελέσματα, η ασθένεια ξεκινά σε νεαρή ηλικία και υπάρχει δυσκολία κοινωνικής και επαγγελματικής προσαρμογής που συνοδεύεται από δυσκολία στην εκτέλεση καθημερινών λειτουργιών (π.χ μαγείρεμα, ασκήση κ.α) [103, 96,97,38].

Αντιψυχωτικά φάρμακα και Παχυσαρκία

Τα άτομα που ακολουθούν θεραπεία με αντιψυχωτικά φάρμακα, δεν παρουσιάζουν απαραίτητα θετικά αποτελέσματα. Αντιθέτως, βιώνουν με διαφορετικούς τρόπους τις αρνητικές επιδράσεις αυτών, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η καθημερινότητα και η ποιότητα ζωής τους [134]. Έτσι, παρά τη λήψη αντιψυχωτικών φαρμάκων, το άτομο μπορεί να χειροτερέψει ψυχολογικά, ενώ παραλληλα αρχίζει να βιώνει προβλήματα παχυσαρκίας, σακχαρώδη διαβήτη κ.ά. [52,35,94,95,96,97].

Βάσει μελετών [132,133,134], παρατηρείται, ότι δεν έχει δοθεί μεγάλη ερευνητική βαρύτητα στη σημασία των παρενεργειών της αύξησης σωματικού βάρους εξαιτίας των αντιψυχωτικών φαρμάκων. Εξαιτίας της έλλειψης της αίσθησης του κορεσμού, τα άτομα, τα οποία πάσχουν από σχιζοφρένεια παρουσιάζουν αυξημένη όρεξη. Εδώ πρέπει να σημειωθεί, ότι η αυξημένη τους όρεξη δεν συνεπάγεται και την τροποποίηση της ποιότητας της διατροφής τους [135].

Σε γενικές γραμμές, η παχυσαρκία που προκαλείται εξαιτίας της φαρμακευτικής αγωγής, οφείλεται στην έλλειψη ισορροπίας μεταξύ πρόσληψης τροφής (τύπος, ποσότητα και συχνότητα λήψης θερμίδων) και ενεργειακής δαπάνης (ποσότητα και συχνότητα άσκησης) [136]. Ωστόσο, λόγω της συσχέτισης της παχυσαρκίας με πολλούς από τους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις (π.χ. παχυσαρκία, διαβήτη, δυσλιπιδαιμία κ.α) [137], θα πρέπει να εξεταστεί η τάση αύξησης του βάρους κατά την επιλογή της φαρμακευτικής αγωγής για τη θεραπεία της νόσου.

Οι διατροφικές αυξομειώσεις των ασθενών, ως παρενέργεια της μη συμμόρφωσης των πασχόντων στη φαρμακευτική αγωγή [134] εγκυμονούν κινδύνους για τον ασθενή, κυρίως, λόγω του κινδύνου υποτροπής των συμπτωμάτων, αλλά και της μακράς διάρκειας νοσηλείας. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς που λαμβάνουν αντιψυχωτικά φάρμακα, παρουσιάζουν κι άλλες διαταραχές, όπως για παράδειγμα αποδιοργάνωση, ανηδονία, απάθεια, αναιμία, κατάθλιψη, μυϊκή δυσκαμψία, υπερυπνία κ.λπ. [133].

Τα αντιψυχωτικά δεύτερης γενιάς (SGA), ιδιαίτερα τα άτυπα αντιψυχωσικά, όπως η ολανζαπίνη, η κλοζαπίνη και η ρισπεριδόνη, μπορεί να προκαλέσουν αύξηση βάρους και παρενέργειες, όπως η παχυσαρκία [138]. Πράγματι, οι παρενέργειες που προκαλούνται κυμαίνονται από 42% έως 64% στους ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία [138,133].

Συγκεκριμένα, όλα τα εξεταζόμενα αντιψυχωτικά περιλαμβάνουν, ως αποτέλεσμα την αύξηση του σωματικού βάρους με την πάροδο του χρόνου ($\geq 7\%$ από την αρχική τιμή). Μεταξύ των άτυπων αντιψυχωσικών, η κλοζαπίνη καταδυναμώνει τη μεγαλύτερη αύξηση του σωματικού βάρους (4,27kg σε <6 εβδομάδες και 7,34kg σε > 38 εβδομάδες). Αντίθετα, διαπιστώνεται, ότι η αριπιπραζόλη παρουσιάζει αμελητέα αύξηση (0,47 kg σε <6 εβδομάδες και 0,46 kg σε > 38 εβδομάδες) [139]. Επιλέον, σε μελέτες μακράς διάρκειας (≥ 48 εβδομάδων) της ολανζαπίνης, η μέση αύξηση βάρους είναι 5,6 kg [138]. Ωστόσο,

σύμφωνα με τον Oh και τους συνεργάτες του [141] ο κίνδυνος κλινικά σημαντικής αύξησης του βάρους σε άτομα με σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται ως «ετερογενής». Συνεπώς, η πιθανότητα εμφάνισης παχυσαρκίας είναι μεγαλύτερη σε φαρμακευτικές αγωγές που περιλαμβάνουν κλοζαπίνη, ολανζαπίνη και κουετιαπίνη και χαμηλότερη, όταν συμπεριλαμβάνονται φάρμακα όπως η ζιπρασιδόνη, η αμισουλπρίδη και η αριπιπραζόλη [133].

Σε αντίθετα συμπεράσματα κατέληξαν ο Spielmans και οι συνεργάτες του, οι οποίοι διαπίστωσαν, ότι ασθενείς με διαταραχές άγχους, που συμμετείχαν σε βραχυπρόθεσμη μελέτη (4-12 εβδομάδων) που αξιολόγησε της συσχέτιση αντιψυχωσικής θεραπείας με αντικαταθλιπτικά φάρμακα διαπίστωσε ότι κλινικά σημαντική αύξηση βάρους εμφανίστηκε σε λιγότερο από 5% των ασθενών που έλαβαν κουετιαπίνη [140].

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν το βάρος των ατόμων με σχιζοφρένεια περιλαμβάνουν τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, τα χαρακτηριστικά της ασθένειας, τις θεραπείες κατά του παλμού και τη θεραπεία με αντιψυχωσικά φάρμακα κατά τη πρώτη φορά που οι ασθενείς παρουσιάζουν συμπτώματα σχιζοφρένειας, τη δραστηριότητα και τη σύνθεση του σώματος. Λαμβανόμενα μαζί, αυτοί οι παράγοντες αλληλεπιδρούν και συμβάλλουν στο παρατηρούμενο αντιψυχωτικό επαγόμενο κέρδος βάρους σε ποικίλους βαθμούς μέσω ανεπαρκώς κατανοητών μηχανισμών και οδών [135-140].

Κεφάλαιο 3^ο -Διατροφικές Συνήθειες Ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα υγείας συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό ή και με άλλους χρόνιους ασθενείς [104]. Η αυξημένη παχυσαρκία (η οποία αποτελεί επίπτωση από τις παρενέργειες της φαρμακευτικής θεραπείας), ο σακχαρώδης διαβήτης και οι αναπνευστικές και καρδιαγγειακές παθήσεις, αυξάνουν τα ποσοστά θνησιμότητας του πάσχοντος ατόμου [105].

Οι διατροφικές συνήθειες των ατόμων με σχιζοφρένεια έχουν αποτελέσει αντικείμενο έρευνας πολλών μελετητών. Τα άτομα με σχιζοφρένεια, όπως προαναφέρθηκε, παρουσιάζουν αυξημένο μεταβολικό σύνδρομο, το οποίο συνδέεται με το θάνατο εξαιτίας καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η αιτιολογία του αυξημένου μεταβολικού συνδρόμου είναι πολυεπίπεδη. Τα αίτια εμφάνισής του είναι κυρίως οι παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής. Ωστόσο, τα υψηλά επίπεδα άγχους και η χαμηλή ποιότητα ζωής (του πάσχοντος), είναι σημαντικοί παράγοντες εμφάνισής της αύξησης του βάρους [104,105].

Παράγοντες που οδηγούν σε φτωχές διατροφικές συνήθειες

Σύμφωνα με τους Brown, Birtwistle, Roe & Thomson [106], το μεταβολικό σύνδρομο των νοσούντων, επηρεάζεται από το γενικότερο τρόπο ζωής τους. Η υπερβολική χρήση καπνού, αλκοόλ και μη υγιεινών τροφών, σε συνδυασμό με την έλλειψη συστηματικής άσκησης (πολλές φορές υπάρχει σχεδόν πλήρης ακινησία για μεγάλα χρονικά διαστήματα), συμβάλλουν στην εμφάνιση της παχυσαρκίας του ασθενούς.

Οι διατροφικές αυξομοιώσεις των σχιζοφρενών ατόμων παρατηρήθηκαν χρόνια πριν, συγκεκριμένα από το 1919, όταν ακόμα οι μέθοδοι αντιμετώπισης της ασθένειας αποτελούσαν άγονο έδαφος για τους μελετητές. Ο Kraepelin [1919 αναφ. στο 19], χαρακτηριστικά δήλωσε, ότι «η πρόσληψη τροφής ποικίλλει, με συμπτώματα, όπου υπάρχει πλήρης αποχή από το φαγητό, αλλά πιο συνήθως περιπτώσεις όπου το άτομο οδηγείται στην παχυσαρκία». Επίσης, παρατήρησε πως σοβαρές αυξομοιώσεις στο βάρος τους, μπορεί να συμβούν σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα.

Σύμφωνα με τον Planansky [1985 αναφ. στο 107], κάποιες ουσίες που εμπεριέχονται στα αντιψυχωτικά φάρμακα, όπως είναι η κλοζαπίνη, η ολανζαπίνη και η κουετιαπίνη, είναι κυρίως υπεύθυνες για την αύξηση του βάρους των ασθενών.

Η παχυσαρκία που παρουσιάζεται στα σχιζοφρενή άτομα δεν οφείλεται μόνο στα αντιψυχωτικά φάρμακα. Όπως οι σχιζοφρενείς παρουσιάζουν μια γενικότερη έλλειψη ενδιαφέροντος για διάφορες

δραστηριότητες (π.χ για την καθημερινή υγιεινή), έτσι αδιαφορούν και για τις διατροφικές τους συνήθειες. Δεν δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στη διατροφή τους και κατ'επέκτασιν ούτε και στην εμφάνισή τους.

Έρευνες με θέμα τις φτωχές διατροφικές συνήθειες των ατόμων με σχιζοφρένεια

Ορισμένες έρευνες έχουν ασχοληθεί με τους λόγους για τους οποίους τα σχιζοφρενή άτομα οδηγούνται σε πτωχές διατροφικές συνήθειες. Τα αποτελέσματα από δυο έρευνες, έδειξαν πως οι συνήθειες αυτές είναι αλληλένδετες με το κοινωνικό-οικονομικό υπόβαθρο των νοσούντων [108,37,38].

Σε άλλη μελέτη, η οποία βασίστηκε σε νοσούντες που νοσηλεύονταν σε ψυχιατρικές κλινικές, έγινε φανερό, ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν μια τάση να αποφεύγουν υγιεινές τροφές, όπως για παράδειγμα φρούτα και λαχανικά [37]. Άλλη έρευνα [84] βασίστηκε στην ανάλυση διατροφικών συνηθειών ατόμων με συμπτώματα σχιζοφρένειας, τα οποία έμεναν μερικές μέρες σε ψυχιατρικές κλινικές. Βάσει των αποτελέσματα των ερευνών, αποδείχθηκε πως η διατροφή τους στο σύνολό της περιείχε περισσότερα λιπαρά και λιγότερες φυτικές ίνες. Τα αποτελέσματα ήταν τα ίδια τόσο σε γυναίκες, όσο και άνδρες σε διαφορετικές ηλικίες. Μάλιστα, ούτε ένας από τους συγκεκριμένους ασθενείς, δεν είχε καθημερινή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών στη διατροφή του [37].

Σε άλλη έρευνα [McCredie et al., 1992 αναφ. στο 109] που έγινε στη Σκωτία, είχε ως δείγμα 30 ασθενείς ψυχιατρικών κλινικών, τα αποτελέσματα ήταν εφάμιλλα, καθώς το επιτρεπτό ποσοστό λιπαρών τροφών το οποίο πρέπει να καταναλώνεται καθημερινά, ξεπερνούσε κατά πολύ το όριο. Οι περισσότεροι από αυτούς ήταν παχύσαρκοι. Επίσης, παρατηρήθηκε έλλειψη βιταμινών και ιχνοστοιχείων στον οργανισμό των ασθενών (έλλειψη βιταμίνης C, E, ρετινόλης και καροτένης). Επίσης, σε έρευνα που διενήργησες μόνος του ο McCredie, (1992) όπου το δείγμα ήταν μεγαλύτερο (102 άτομα), τα αποτελέσματα έδειξαν πως ένα σημαντικό μεγάλο ποσοστό (73%) ήταν παχύσαρκοι [109].

Σύμφωνα με έρευνα του Strokes (2003), εκτός των αυξημένων ποσοστών πρόσληψης λιπαρών, τα επίπεδα ζάχαρης που καταναλώνονται από σχιζοφρενείς είναι επίσης υψηλά. Πιο ειδικά, τα άτομα τα οποία λαμβάνουν κλοζαπίνη μέσω της φαρμακευτικής τους θεραπείας, παρατηρήθηκε πως καταναλώνουν και μεγαλύτερες ποσότητες ζάχαρης. Εκτός αυτού, άτομα που προέβαλαν αντίσταση και άρνηση στη θεραπεία, ακολουθούσαν την ίδια τακτική. Επομένως, η διατροφή των σχιζοφρενών διαφέρει παρασάγγας από την προτεινόμενη διατροφή του. Ειδικά, νέα άτομα στην ηλικία μεταξύ 15-25, που έχουν την προδιάθεση να εμφανίσουν σχιζοφρένεια, ακολουθούν πολύ φτωχές διατροφικές συνήθειες, καταναλώνοντας μεγάλες ποσότητες ζάχαρης, ποτών και επεξεργασμένων τροφών, όπως για παράδειγμα γρήγορο φαγητό (σάντουιτς, πίτσα, τηγανητές πατάτες κ.α.) [37].

Σχιζοφρένεια και παχυσαρκία

Η αύξηση του σωματικού βάρους των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια δεν αποτελεί απειλή μόνο για την υγεία τους, αλλά και για το ασφαλιστικό σύστημα το οποίο επιβαρύνεται οικονομικά, από τις επιπλοκές που παρουσιάζονται, λόγω της ασθένειας. Έρευνα των Henderson και συνεργατών [37], έδειξε πως η βουλιμία που αναπτύσσουν (λόγω κυρίως της φαρμακευτικής αγωγής και της απουσίας άσκησης) οι ασθενείς με σχιζοφρένεια, οδηγεί σε ανάπτυξη του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) και αυτός σε παχυσαρκία, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε επαύξηση των κινδύνων για υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη II, εγκεφαλικά επεισόδια, καρδιαγγειακές παθήσεις, πτώση της ποιότητας ζωής και μειωμένη λειτουργικότητα.

Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν και ο Jakobsen και οι συνεργάτες [38] που προσπάθησαν να μελετήσουν τις αιτίες που οδηγούν σε πρόωρο θάνατο τους ασθενείς με σχιζοφρένεια (στις ανεπτυγμένες δυτικές χώρες και στις χώρες που έχουν υιοθετήσει τον δυτικό τρόπο ζωής, εκτιμάται ότι πεθαίνουν κατά 10-15 έτη νωρίτερα, από ότι οι άνθρωποι τυπικού πληθυσμού), με συνηθέστερη αιτία τις καρδιαγγειακές παθήσεις. Οι ερευνητές εστίασαν στην διατροφή 428 ασθενών στην γεωγραφική περιοχή της Δανίας και συνέκριναν την ημερήσια πρόσληψη βιταμινών, πρωτεϊνών και των τροφών που περιλαμβάνονται στις γενικές οδηγίες περί σωστής διατροφής που έχουν υιοθετηθεί εκεί (Δανία). Επίσης, μελέτησαν τον τρόπο ζωής των ασθενών, αν δηλαδή έχουν εντάξει στην καθημερινότητα τους ασκήσεις φυσικής αγωγής που θα τους βοηθούσαν να αυξήσουν την λειτουργικότητα τους και να μειώσουν το βάρος τους, αν καπνίζουν κ.α. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς κατανάλωναν χαμηλά ποσοστά ενέργειας (δηλαδή απέιχαν από φυσικές δραστηριότητες, όπως περπάτημα, εργασία στο σπίτι κλπ). Ωστόσο, οι διατροφικές τους συνήθειες ήταν ίδιες με αυτές του γενικού πληθυσμού της χώρας αν και τροφές με κορεσμένα λιπαρά, ζάχαρη και αλκόολη ήταν παραπάνω από τα ημερησίως συνιστώμενα, ενώ η πρόσληψη λαχανικών, φρούτων, φυτικών ινών και ψαριών υπολειπόταν, σε σχέση με τον τυπικό πληθυσμό.

Ένα από τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των ψυχικών νόσων είναι η αδυναμία του ασθενή να νιώσει οποιοδήποτε χαρούμενο συναίσθημα στις δραστηριότητες που κάνει. Η ανηδονία, όπως αποκαλείται ιατρικά η παραπάνω απουσία χαρούμενων συναισθημάτων εκδηλώνεται σε αρκετά άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια, γεγονός που –σύμφωνα με τους ερευνητές- επηρεάζει την ενεργοποίηση τους σε οποιαδήποτε δραστηριότητα, καθιστώντας τους τελικά αδιάφορους και ανενεργούς σε διάφορες αθλητικές (αλλά και κοινωνικές δραστηριότητες) που ενδεχομένως θα βοηθούσαν να καταπολεμήσουν την παχυσαρκία τους, μειώνοντας έτσι τους κινδύνους που υπάρχουν για την υγεία τους (υπέρταση, διαβήτη, καρδιαγγειακές παθήσεις κλπ), αυξάνοντας παράλληλα το προσδόκιμο της ζωής τους. Σε αυτό το συναίσθημα εστίασαν την έρευνα τους ο Mezquida και οι συνεργάτες του [14] προκειμένου να διαπιστώσουν την σχέση που έχει η ανηδονία με την αύξηση του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ-BMI)

των ατόμων που έπασχαν από σχιζοφρένεια που λάμβαναν χρόνια φαρμακευτική αγωγή με ολανζαπίνη ή κλοζαπίνη. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η αύξηση του ΔΜΣ/BMI σχετίζεται με την ηλικία και τις παρενέργειες της θεραπείας.

Αναγνωρίζοντας ότι η παχυσαρκία είναι ένας από τους μεγάλους κινδύνους που απειλούν τη ζωή των ασθενών με σχιζοφρένεια, πολλοί μελετητές επικεντρώθηκαν σε αυτήν. Ο Simonelli-Muñoz και οι συνεργάτες του, [85] προσπάθησαν να συσχετίσουν την διατροφή με την φαρμακευτική αγωγή και την καθημερινότητα των ασθενών. Μελετώντας 159 νοσούντες διαπίστωσαν πως οι συνήθειες τους, σε ότι αφορά τη διατροφή τους, ήταν ανθυγιεινές όχι μόνο σε ότι έχει σχέση με την ποιότητα των πρώτων υλών, αλλά και σε ότι αφορά τον χρόνο που αφιέρωναν για να καταναλώσουν την τροφή τους ο οποίος στις περισσότερες των περιπτώσεων (σε ποσοστό 51% των συμμετεχόντων) δεν ξεπερνούσε το ένα τέταρτο της ώρας (15 λεπτά). Μεγάλο μέρος των ασθενών (ποσοτό 40,8% επί του συνόλου) δεν κατανάλωνε φρούτα, ενώ ένα ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό (63,1% επί του συνόλου) δεν κατανάλωνε ψάρια. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι για την αύξηση του Δείκτη Μάζας Σώματος και την παχυσαρκία την κύρια ευθύνη φέρουν οι διατροφικές συνήθειες και όχι η φαρμακευτική αγωγή.

Σε άλλη έρευνα [43] διαπιστώθηκε πως ο αυξημένος Δείκτης Μάζας Σώματος μπορεί να συμβάλει στη διάσπαση της σχιζοφρένειας από τις αλλοιώσεις της λευκής ουσίας WM, παρεμποδίζοντας τη δομική συνδεσιμότητα στα κρίσιμα κορτικοστεροειδή δίκτυα, που είναι γνωστό ότι διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη νευρογνωστική λειτουργία, τη συναισθηματική επεξεργασία και την ψυχοπαθολογία, η δυσλειτουργία των οποίων είναι εξέχοντα χαρακτηριστικά της διαταραχής.

Από την πλευρά τους ο Dìpasquale και οι συνεργάτες [32], οι οποίοι επίσης διαπίστωσαν τις ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια, τις αποδίδουν στις ανωμαλίες που προκαλούνται στον μεταβολισμό τους. Συστήνουν όμως να γίνουν περαιτέρω μελέτες προκειμένου να διακριθθούν τα αίτια που οδηγούν σε κακή διατροφή και τον ρόλο που θα έχει στη βελτίωση της συνολικής εικόνας στην υγεία των ασθενών ένα πρόγραμμα διαίτης.

Κεφάλαιο 4ο-Ειδικό Μέρος

Ερευνητικό κενό

Αναγνωρίζοντας ότι η παχυσαρκία είναι ένας από τους μεγάλους κινδύνους που απειλούν τη ζωή των ασθενών με σχιζοφρένεια, πολλοί μελετητές επικεντρώθηκαν σε αυτήν. Ταυτόχρονα, έχει παρατηρηθεί ότι στον ελλαδικό χώρο οι διατροφικές συνήθειες των ατόμων που πάσχουν από ψυχωτική συνδρομή σε σχέση με τον επιπολασμό της παχυσαρκίας και της σωματικής νοσηρότητας δεν έχει αποτελέσει αντικείμενο ενδελεχούς έρευνας. Επίσης διαπιστώθηκε τις ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια, τις αποδίδουν στις ανωμαλίες που προκαλούνται στον μεταβολισμό τους. Ένα από τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των ψυχικών νόσων είναι η αδυναμία του ασθενή να νιώσει οποιοδήποτε χαρούμενο συναίσθημα στις δραστηριότητες που κάνει. Η αύξηση του σωματικού βάρους των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια δεν αποτελεί απειλή μόνο για την υγεία τους, αλλά και για το ασφαλιστικό σύστημα το οποίο επιβαρύνεται οικονομικά, από τις επιπλοκές που παρουσιάζονται, λόγω της ασθένειας. Οι περισσότερες έρευνες που έχουν διενεργηθεί σχετικά με το άγχος και την σχιζοφρένεια δεν εξετάζουν συνδυαστικά τις διατροφικές συνήθειες των πασχόντων, τη διατροφή που θα μπορούσαν να κάνουν, την ύπαρξη άλλων ασθενειών που ενδέχεται να υπάρχουν. Το οικονομικό και κοινωνικό υπόβαθρο των ασθενών παίζει επίσης καθοριστικό ρόλο στις διατροφικές τους συνήθειες. Το κενό αυτό φιλοδοξεί να καλύψει η παρούσα εργασία.

Σκοπός

Σκοπός της έρευνας, με τη χρήση ερωτηματολογίων, είναι να αξιολογηθεί η αυξημένη συσχέτιση μεταξύ της ψυχοπαθολογίας και των διατροφικών συνηθειών των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια.

Επιπλέον, οι παθολογικές ασθένειες που απαιτούν ειδικό διαιτολόγο μπορεί να επηρεάσουν τις δυνατότητες βελτίωσης της διατροφής των πασχόντων.

Επιπρόσθετα, το κοινωνικό-οικονομικό περιβάλλον μπορεί να επιδράσει στην εφαρμογή ενός υγιεινού τρόπου ζωής στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια.

Περιορισμοί και οριοθέτηση

Οι περιορισμοί που τίθενται στην παρούσα προκύπτουν από την απουσία αντιπροσωπευτικότητας των συμμετεχόντων η οποία αποδίδεται στα στενά χρονικά περιθώρια που τέθηκαν κατά την διεξαγωγή της έρευνας. Το γεγονός αυτό όμως δεν επιτρέπει τις γενικεύσεις των συμπερασμάτων παρά μόνο τον σχηματισμό μιας καθαρής εικόνας σχετικά με τις τάσεις που επικρατούν.

Ερευνητικές Ερωτήσεις

- Σε τι βαθμό το άγχος στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια μπορεί να επηρεάσει την τήρηση σωστών διατροφικών συνηθειών;
- Πως επηρεάζει το κοινωνικό-οικονομικό περιβάλλον των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια τον τρόπο διατροφής τους;
- Όταν πέραν της ψυχοπαθολογίας συνυπάρχουν και παθολογικές ασθένειες, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπερλιπιδιμία, υπάρχει δυνατότητα βελτίωσης των ασθενών μέσω της διατροφής;

Κεφάλαιο 5ο- Πληθυσμός Μελέτης και Μέθοδος

Δείγμα

Οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκαν με κριτήριο την ευκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες που βρίσκονται στην περιοχή του νομού Σερρών. Τα αποτελέσματα προκύπτουν από ασθενείς με F-20 στην Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Σερρών και πιο συγκεκριμένα στο ιατρείο depot της Ψυχιατρικής Κλινικής, στα εξωτερικά ιατρεία και τέλος στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Σερρών. Τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψαν έπειτα από χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του εξαμήνου, με μηνιαία ή εβδομαδιαία βάση δεδομένων. Οι ασθενείς, οι οποίοι συμμετείχαν βρίσκονταν σε σταθερή κλινική κατάσταση. Εκτός αυτού, οι ασθενείς ακολουθούν αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή για χρονικό διάστημα τουλάχιστον τριών μηνών. Κλείνοντας, ηλικιακά και κοινωνικά κριτήρια δεν λήφθηκαν υπόψιν στην διεξαγωγή της έρευνας.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια καθώς, λόγω της κλινικής εικόνας που παρουσιάζουν οι συμμετέχοντες, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ήταν αδύνατη η συμπλήρωση από τους ίδιους.

Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια κατά τη διάρκεια της αναμονής ή της νοσηλείας τους στο Γ.Ν.Σ. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν και παραλήφθηκαν από την ερευνήτρια, η οποία δεσμεύτηκε για την ανωνυμία των συμμετεχόντων και τη χρήση των στοιχείων μόνο για τις ανάγκες της συγκεκριμένης μελέτης.

Διαδικασία

Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε με την χρήση ερωτηματολογίων. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε ασθενείς με F-20 στην Ψυχιατρική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Σερρών, στο ιατρεία depot της κλινικής, στα εξωτερικά ιατρεία αυτής και επίσης στο Κέντρο ψυχικής Υγείας του Γ.Ν.Σ. Οι ασθενείς έλαβαν ενημέρωση για τη σημασία της συμμετοχής τους στην έρευνα, η οποία έγινε μέσω ερωτηματολογίων. Ενημερώθηκαν επίσης, για λόγους δεοντολογίας, ότι τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και απολύτως εμπιστευτικά και τα αποτελέσματα αυτών θα χρησιμοποιηθούν για ακαδημαϊκούς σκοπούς μόνο.

Αξίζει να σημειωθεί πως, δεδομένης της μεθοδολογίας που ακολουθήθηκε, υπήρξαν δυσκολίες στην εφαρμογή του ερωτηματολογίου αυτό-αναφοράς, λόγω της ψυχοπαθολογίας των ασθενών, οι οποίοι ωστόσο φάνηκαν να είναι απόλυτα αφοσιωμένοι στη συνεργασία παρά το γεγονός ότι η διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 15 λεπτά. Για το λόγο αυτό, αν και το μέγεθος του δείγματος ήταν σχετικά χαμηλό, πρέπει να ληφθεί υπόψη η δυσκολία που συνεπάγεται η συνεργασία

με ασθενείς που έχουν σχιζοφρένεια. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το Ερωτηματολόγιο κλίμακας σφαιρικής κλινικής εκτίμησης (C.G.I) συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό.

Επιπρόσθετα, θα πρέπει να αναφερθεί ότι πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 15 άτομα βάση της οποίας οδηγήθήκαμε στην οριστική σύνταξη του ερωτηματολογίου.

Ερευνητικά Εργαλεία

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα ήταν σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες, καθώς και τα επίπεδα άγχους, κλινικής εκτίμησης και λειτουργικότητας των ασθενών.

Ερωτηματολόγιο κλίμακας σφαιρικής κλινικής εκτίμησης (C.G.I)

Με την χρήση της κλίμακας σφαιρικής κλινικής εκτίμησης (Clinical Global Impression Severity Scale – CGI) δίνεται η ευκαιρία να εκτιμηθεί η γενική λειτουργικότητα του ασθενή. Η κλίμακα κυμαίνεται από το μηδέν (0) έως το επτά (7) και δείχνει την συνολική εικόνα του πάσχοντα και το πώς η νόσος επιδρά στην λειτουργικότητα του [110]. Συγκαταλέγεται στα έγκυρα και αξιόπιστα ερευνητικά εργαλεία που αξιολογούν την σοβαρότητα και την ανταπόκριση που έχει ο ασθενής στην θεραπεία που του γίνεται για την σχιζοφρένεια. Πρόκειται για ένα απλό και αξιόπιστο εργαλείο κατάλληλο να χρησιμοποιηθεί σε περιπτώσεις κλινικής πρακτικής ρουτίνας και παρατήρησης [111].

Στην πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου κλίμακας σφαιρικής κλινικής εκτίμησης (C.G.I) η αξιολόγηση γίνεται με βαθμολόγηση που ξεκινά από το μηδέν (0) (αντιστοιχεί στο δεν μετρήθηκε) και φτάνει στο επτά (απαιτεί στους εξαιρετικά σοβαρά ασθενείς) και αποτιμά την βαρύτητα της ασθένειας (CGI-Severity/CGI-S) με βάσει τα όσα συμπτώματα παρατηρήθηκαν ή και αναφέρθηκαν στην συμπεριφορά και στην λειτουργικότητα του πάσχοντα, κατά τη διάρκεια των της τελευταίας εβδομάδας. Δεδομένου ότι τα συμπτώματα ενδέχεται να παρουσιάζουν διακυμάνσεις (κατά την χρονική περίοδο των τελευταίων επτά ημερών) λαμβάνεται υπόψη ο μέσος όρος του επιπέδου σοβαρότητας [110].

Η δεύτερη ενότητα αποτιμά την γενική βελτίωση που παρουσιάζει ο πάσχοντας (CGI-Improvement/CGI-I)). Και σε αυτήν χρησιμοποιείται κλίμακα μέτρησης που ξεκινά από το μηδέν (0) (που αντιστοιχεί στο δε μετρήθηκε) και φτάνει στο επτά (7) (που αντιστοιχεί στην πολύ μεγάλη επιδείνωση). Αυτή η κλίμακα χρησιμοποιείται από τον γιατρό για να καταγράψει τα αποτελέσματα των συγκρίσεων που γίνονται κατά την επίσκεψη αναφοράς (δηλαδή την επίσκεψη του ασθενή μετά την έναρξη της αγωγής). Σε αυτή την περίπτωση ο θεράπων ιατρός ελέγχει την γενική κλινική εικόνα και την συγκρίνει με την εβδομάδα που προηγήθηκε της αγωγής, έχοντας ως βάση την βαθμολογία της βαρύτητας της ασθένειας (CGI-Severity/CGI-S). Σημειώνεται πως η βαθμολόγηση CGI-I συνδυάζεται με την βαθμολόγησης CGI-S προκειμένου να υπάρχει συγχρονισμός. Δεδομένου όμως ότι οι βάσεις βαθμολόγησης διαφέρουν και το CGI-I έχει τη βάση του στις αλλαγές που συντελέστηκαν από την αρχή

της θεραπείας, σε ορισμένες περιπτώσεις οι δύο βαθμολογίες διαχωρίζονται προκειμένου ο θεράπων ιατρός να έχει την δυνατότητα να αποτιμήσει τις αλλαγές που επήλθαν στο CGI-I συγκρίνοντας τες με την αρχική τιμή τους και όχι με την πρόσφατη [110].

Κλίμακα Σφαιρικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας (GAF)

Η κλίμακα Σφαιρικής Εκτίμησης Λειτουργικότητας (GAF-Global Assessment Functioning του DSM-IV-TR) αποτιμά την λειτουργικότητα του ασθενή σε σχέση με την θετική ή αρνητική ψυχοπάθεια της ασθένειας ή τα νευρογνωστικά ελλείμματα που προκαλούνται από αυτήν. Διαιρείται σε εννέα (9) πεδία λειτουργικότητας, ενώ στην βαθμολογία υπάρχει μια μόνο τιμή που αντιπροσωπεύει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τη γενική λειτουργία των ασθενών. Πρόκειται για μια αξιόπιστη και έγκυρη κλίμακα που χρησιμοποιείται για τις μετρήσεις ασθενών με σοβαρές ψυχιατρικές παθήσεις [87].

Ερωτηματολόγιο κλίμακας άγχους Hamilton

Η κλίμακα Hamilton είναι μια κλίμακα μέτρησης του άγχους που χρησιμοποιείται ευρέως. Σχεδιάστηκε από τον Max Hamilton για να αποτιμά την βαρύτητα που έχουν τα επίπεδα του άγχους σε ασθενείς με διαγνωσμένες αγχώδεις διαταραχές. Χρησιμοποιείται ως δείκτης αγχολυτικής αποτελεσματικότητας σε όλες σχεδόν τις έρευνες. Σε αυτή περιλαμβάνονται 14 λήμματα που ξεκινούν από το μηδέν (0) (αντιστοιχεί στο απόν) και φτάνουν έως το τέσσερα (4) (αντιστοιχεί στο πολύ έντονο). Συνδυάζεται με χρήση πενταβάθμιας κλίμακας likert και τα αποτελέσματα που δίνει κυμαίνονται μεταξύ του μηδέν (0) και του 56.

Να σημειωθεί πως η βαθμολόγηση γίνεται με βάση τα συμπτώματα που δηλώνει ο ασθενής αλλά και τις μετρήσεις που κάνει ο επαγγελματίας υγείας και τις δηλώσεις των άλλων (νοσηλευτές, οικογένεια). Αν και κατά την διάρκεια της βαθμολόγησης δεν υπάρχει διάκριση μεταξύ της συχνότητας και της έντασης των συμπτωμάτων, ο εκτιμητής οφείλει να λαμβάνει υπόψη και τις δύο παραμέτρους [112].

Και σε αυτή την περίπτωση η κλίμακα δείχνει την κατάσταση του ασθενή κατά την διάρκεια των επτά ημερών που προηγήθηκαν της βαθμολόγησης, εστιάζοντας σε όλα σχεδόν τα συμπτώματα εκτός των διαταραχών ύπνου τα οποία αποτιμώνται κατά το πρόσφατο τριήμερο [112].

Καθώς η κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές μελέτες, η αξιοπιστία και εγκυρότητα της είναι αποδεδειγμένες και σε αρκετά υψηλά επίπεδα [112].

Σημειώνεται πως από συσχετίσεις (που έγιναν σε μεταγενέστερο χρόνο) κλινικών εκτιμήσεων έχει διαπιστωθεί πως τα κριτήρια του άγχους διαμορφώνονται ως ακολούθως: από μηδέν (0) έως επτά (7) αντιστοιχούν στο «απόν», από οκτώ (8) έως δώδεκα (12) αντιστοιχούν στο «ήπιο», από το δέκα-τρία (14) έως το δέκα – επτά (17) αντιστοιχούν στο «μέτριο», από το δέκα – οκτώ (18) έως το είκοσι-εννέα (29)

αντιστοιχούν στο «έντονο», από το τριάντα (30) έως το πενήντα – έξι (56) αντιστοιχούν στο «πολύ έντονο». Επίσης, η κλίμακα μπορεί να υπολογίσει και επιμέρους συνολικά αθροίσματα τόσο για τις υποκλίμακες του σωματικού άγχους, όσο και για τις υποκλίμακες του ψυχικού άγχους [112].

Ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών ατόμων που πάσχουν από F-20

Λαμβάνοντας υπόψη πως τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται ως όργανα μέτρησης (όπως είναι τα ερωτηματολόγια), οφείλουν να έχουν άρτιο σχεδιασμό, προκειμένου να μην είναι εφικτή καμία αμφισβήτηση περί των δεδομένων που συλλέχθηκαν, το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη σχεδιάστηκε με τέτοιο τρόπο, ώστε οι ερωτήσεις να είναι σύντομες, διακριτικές και ευκολοκατανόητες από τους συμμετέχοντες.

Πρόκειται για έναν αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από πέντε (5) ενότητες διαχωρισμένες ως ακολούθως:

1. Στην πρώτη ενότητα περιλαμβάνονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σε θέματα που αφορούν την διατροφή, τα διατροφικά συστατικά και τις γνώσεις που έχουν γύρω από αυτά (π.χ «Γνωρίζετε τι είναι πρωτεΐνες»).
2. Στην δεύτερη ενότητα περιλαμβάνονται απαντήσεις των συμμετεχόντων σε ότι αφορά την ποιότητα της διατροφής που κάνουν όπως «Πόσα γεύματα καταναλώνετε την ημέρα» και «Καταναλώνετε φρούτα και λαχανικά».
3. Στην τρίτη ενότητα περιλαμβάνονται οι δηλώσεις των συμμετεχόντων σε ότι αφορά τις διατροφικές συνήθειες τους. Η ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις όπως «Πόσα κουταλάκια του γλυκού ζάχαρη χρησιμοποιείτε την ημέρα;», «Πόσο συχνά την εβδομάδα πηγαίνεται οι ίδιοι για αγορές τροφίμων;» κ.α
4. Στην τέταρτη και πέμπτη ενότητα, διερευνούνται οι παράγοντες που επιδρούν στις διατροφικές συνήθειες των συμμετεχόντων όπως είναι το φύλο, το βάρος, η ηλικία τους, η κλινική τους εικόνα και το οικονομικο-κοινωνικό επίπεδο τους.

Εγκυρότητα και αξιοπιστία ερωτηματολογίων

Προκειμένου να εξεταστεί η εγκυρότητα του αυτοσχέδιου ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε για την άντληση των στοιχείων έγινε παραγοντική ανάλυση με τις ερωτήσεις να χρησιμοποιούνται ως μεταβλητές.

Επισημαίνεται πως πριν να εφαρμοστεί η παραγοντική ανάλυση, για να καθοριστούν οι μεταβλητές που θα μοιράζονται σε ανεξάρτητους μεταξύ τους παράγοντες, ελέγχθηκαν οι μεταβλητές που εξαιρούνται ('outliers').

Να σημειωθεί πως ένα από τα πιο σημαντικά ζητήματα παραγοντικής ανάλυσης είναι η μελέτη των ειδικών σχέσεων που ενδέχεται να αναπτυχθούν ανάμεσα σε ένα σύνολο μεταβλητών με διαφορετική προέλευση, οι οποίες όμως μπορεί να δημιουργούν νέες (ολιγάριθμες) μεταβλητές διατηρώντας όμως το μεγαλύτερο τμήμα των αρχικών πληροφοριών. Λόγω αυτού, μια παραγοντική ανάλυση, σύμφωνα με τους Rencher και Christensen, [113], οφείλει να λαμβάνει ως γραμμικούς συσχετισμούς επιλεγμένων συντελεστών, τις αρχικές μεταβλητές και στη συνέχεια να εξετάσει αν το θεωρητικό ερώτημα έχει ορθή διατύπωση.

Σύμφωνα πάντα με τους Rencher και Christensen, [113], η συγκεκριμένη μέθοδος χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις εκείνες που οι αρχικές μεταβλητές διαθέτουν ικανοποιητική σχέση μεταξύ τους οπότε περιορίζεται μεν το ποσοστό τους, επιτρέπει όμως να ερμηνευτούν επαρκώς οι διακυμάνσεις που παρατηρούνται στα στοιχεία. Να σημειωθεί πως έχει παρατηρηθεί και έχει αποδειχθεί πως όσο πιο ισχυρές είναι οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών τόσο πιο αποτελεσματική είναι η ανάλυση τους.

Σύμφωνα με τους Hair και συνεργάτες [114], ο βαθμός που οι μεταβλητές αξιολογούν τα στοιχεία που θα μετρήσουν, προκύπτει από την εγκυρότητα του περιεχομένου (content or face validity). Στην συγκεκριμένη περίπτωση ο έλεγχος της εγκυρότητας έγινε κατά την αρχική φάση που αναπτύχθηκε το αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο μέσω των βιβλιογραφικών αναφορών.

Σε ότι αφορά την δομή των μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν αυτή ελέγχθηκε με τρεις διαφορετικούς τρόπους: α) ανάλυση αξιοπιστίας (Reliability Analysis), β) Έλεγχος Διακριτής Εγκυρότητας (Discriminant Validity) και γ) Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση (Exploratory Factor Analysis).

Σημειώνεται πως η διερευνητική παραγοντική ανάλυση (Exploratory Factor Analysis), χρησιμοποιείται όταν η δομή του μοντέλου δεν έχει καθοριστεί από την αρχή, αλλά προκύπτει από τα δεδομένα [115]. Μάλιστα, για να είναι εφικτή η ολοκλήρωση και ο έλεγχος των αποτελεσμάτων έγινε έλεγχος των ενδεδειγμένων δεικτών.

Συγκεκριμένα, οι παράγοντες εξήχθησαν μετά από ανάλυση των βασικών συνιστωσών (Principal Component Analysis) στην οποία έγινε ορθογώνια περιστροφή των αξόνων χρησιμοποιώντας την μέθοδο Varimax η οποία συγκαταλέγεται στις πιο χρησιμοποιημένες [114].

Τα δεδομένα παραγοντικής ανάλυσης και η καταλληλότητα τους αξιολογήθηκαν μέσω του ελέγχου σφαιρικότητας του Bartlett (Bartlett's test of Sphericity), καθώς και μέσω του μέτρου συνολικής δειγματοληπτικής καταλληλότητας (Measure of Sampling Adequacy- M.S.A) των Kaiser- Mayer- Olkin (K.M.O) που συγκαταλέγεται στα δημοφιλή μέτρα και δείχνει το αν και κατά πόσο οι μεταβλητές που εξετάζονται αποτελούν ομάδα του ίδιου παράγοντα. Αν και ο Sharma [1996 αναφ. στο 114] εκτιμά πως ο

δείκτης K.M.O πρέπει να ξεπερνά το 0,8 εντούτοις αποδεκτές θεωρούνται και οι τιμές που είναι άνω του 0,6.

Λαμβάνοντας υπόψη το προαναφερθέν κριτήριο, όπως φαίνεται και στον πίνακα 1, το μοντέλο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη δίνει εξηγήσεις για την πλειοψηφία των περιπτώσεων.

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.650
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	389.129
	df	105
	Sig.	.000

Πίνακας 1- Στατιστικό κριτήριο KMO and Bartlett's

Επίσης, για να μπορεί να γίνει ο προσδιορισμός του αριθμού των παραγόντων χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο της ιδιοτιμής (Eigenvalue). Πρόκειται για ένα κριτήριο που επιλέγει τους παράγοντες εκείνους που έχουν ιδιοτιμή άνω του ένα (1).

Σε ότι αφορά τη σημαντικότητα των μεταβλητών κατά τον σχηματισμό των παραγόντων, αυτή ελέγχθηκε με τη χρήση φορτίσεων (loadings), σύμφωνα με την η οποία, στις περιπτώσεις που υπάρχει δείγμα που ξεπερνά τα 100 άτομα φόρτισης τιμή που θεωρείται σημαντική είναι αυτή άνω του 0,40. Ο έλεγχος έδειξε ότι υπήρξαν τέσσερις (4) παράγοντες με ιδιοτιμή άνω του ένα (1) γεγονός που εξηγεί το 64,474% της διακύμανσης επί του συνόλου.

Οι μεταβλητές που αποτελούν τους τέσσερις παράγοντες και οι παραγοντικές φορτίσεις τους αποτυπώνονται στον πίνακα 2.

Σημειώνεται πως ο πρώτος παράγοντας, που εξηγεί το 26,713% της συνολικής διακύμανσης, τον διαμόρφωσαν ερωτήσεις που εμπλέκουν τα «Διατροφικά συστατικά» (πρωτείνες, θερμίδες κτλπ). Ο δεύτερος παράγοντας, που εξηγούσε το 20,726% της διακύμανσης, διαμορφώθηκε από ερωτήσεις που αφορούν την ποιότητα διατροφής ενώ ο τρίτος παράγοντας, που εξηγούσε το 17,134% της διακύμανσης, προέκυψε από ερωτήσεις που μετρούν τις διατροφικές συνήθειες των συμμετεχόντων.

Δυο ερωτήσεις εξαιρέθηκαν από την ανάλυση οι οποίες δε «φορτίζουν» σε κανένα από τους προαναφερόμενους παράγοντες. Η ερώτηση ήταν οι εξής: «Πόσα ποτήρια νερό καταναλώνετε κατά τη διάρκεια της ημέρας;» (ερώτηση 17).

	Διατροφικά στοιχεία	Παράγοντας Διατροφικές Συνήθειες	Ποιότητα Διατροφής
Γνωρίζετε τι είναι πρωτεΐνες	.793		
Γνωρίζετε τι είναι θερμίδες	.802		
Γνωρίζετε τι είναι θερμίδες και ποιες τροφές τις περιέχουν	.798		
Πόσα γεύματα καταναλώνεται την ημέρα			.805
Τρώτε πρωινό			.818
Πότε καταναλώνετε την περισσότερη ποσότητα φαγητού			.640
Καταναλώνετε φρούτα και λαχανικά			.551
Πόσο συχνά καταναλώνετε κρέας την εβδομάδα;			.757
Πόσα κουταλάκια του γλυκού ζάχαρη χρησιμοποιείτε την ημέρα		.755	
Πόσο συχνά παραγγέλνετε φαγητό απ' έξω την εβδομάδα;		-.758	
Πόσα ποτήρια νερό καταναλώνετε κατά τη διάρκεια της ημέρας			
Πόσο συχνά μαγειρεύετε οι ίδιοι την εβδομάδα;		.868	
Πόσο συχνά μέσα στην εβδομάδα τρώτε φαγητό που σας ετοιμάζουν άλλοι;		.913	
Πόσο συχνά την εβδομάδα πηγαίνετε οι ίδιοι για αγορές τροφίμων		.495	
Πόσο συχνά έχετε εκκενώσεις την εβδομάδα			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.^a

a. Rotation converged in 6 iterations.

Πίνακας 2-Παραγοντική Ανάλυση ερωτηματολογίου

Η αξιοπιστία, ως έννοια, αναφέρεται στο μέγεθος της συνέπειας που έχει ένα σύνολο μεταβλητών στο υπό μέτρηση θέμα [114]. Στην παρούσα έρευνα, η αξιοπιστία ελέγχθηκε με την χρήση του δείκτη Cronbach Alpha. Πρόκειται για έναν δείκτη που ελέγχει και μετρά την συνοχή που παρουσιάζουν μεταξύ τους οι μεταβλητές που χρησιμοποιούνται στην έρευνα. Σύμφωνα με τον Spector, [116] για να θεωρηθεί αξιόπιστη μια τιμή του συγκεκριμένου δείκτη θα πρέπει να είναι μεγαλύτερη της τιμής 0,7.

Η διακριτή εγκυρότητα ελέγχθηκε μέσω του υπολογισμού των συντελεστών συσχέτισης που αποτελούν τους παράγοντες, ενώ ακολούθησε σύγκριση τους με τον δείκτη εσωτερικής συνοχής Cronbach's Alpha σε κάθε μία μεταβλητή. Το ύψος της διακριτής εγκυρότητας φαίνεται από την εσωτερική συνοχή που παρουσιάζουν οι μεταβλητές [116].

Οι τιμές του συντελεστή Cronbach's Alpha ανά τομέα και επί συνόλου (για όλες τις ερωτήσεις που περιλαμβάνει η κλίμακα) φαίνεται στον πίνακα 3. Τα στοιχεία δείχνουν πως οι τιμές των συντελεστών είναι επαρκώς υψηλές αποδεικνύοντας πως η θεματολογία του ερωτηματολογίου διαθέτει ικανοποιητική εσωτερική συνοχή.

Σημειώνεται πως στην ερώτηση «Πόσο συχνά μέσα στην εβδομάδα τρώτε φαγητό που σας ετοιμάζουν άλλοι;» χρησιμοποιήθηκε αντίστροφη κλίμακα μέτρησης (καθώς αρχικά ο δείκτης εμφανίστηκε αρνητικός) ενώ η ερώτηση «Πόσο συχνά παραγγέλλετε φαγητό απ' έξω την εβδομάδα;» διαγράφηκε προκειμένου να ενισχυθεί η αξιοπιστία του παράγοντα «Διατροφικές συνήθειες».

Επίσης, αναφορικά με τον παράγοντα Ποιότητα Διατροφής αφαιρέθηκε η ερώτηση «Πόσο συχνά έχετε εκκενώσεις την εβδομάδα».

Η κλίμακα Σφαιρικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας δεν εκτιμήθηκε καθώς ο δείκτης Cronbach's a χρησιμοποιείται μόνο στις περιπτώσεις που οι παράγοντες βαθμολογούνται με περισσότερες από δύο (2) ερωτήσεις [117]. Η κλίμακα αποτελεί έγκυρο εργαλείο αξιολόγησης, κατάλληλο για συνήθη χρήση σε περιβάλλον εσωτερικής νοσηλείας [118].

Παράγοντες	Cronbach's a	N of items
Κλίμακα άγχους	,834	14
Διατροφικά συστατικά	,819	3
Διατροφικές Συνήθειες	,716	4
Ποιότητα Διατροφής	,692	5

Πίνακας 3- Ανάλυση Αξιοπιστίας παραγόντων του ερωτηματολογίου

Στατιστική Ανάλυση

Σκοπός της παρούσας ποσοτικής ανάλυσης είναι να ανακαλύψει τις αιτίες της αλλαγής των κοινωνικών φαινομένων μέσω στατιστικής ανάλυσης και αριθμητικών στοιχείων. Στο είδος της μελέτης αυτής, ο ερευνητής, χρησιμοποιεί συνήθως επαγωγικό συλλογισμό, δηλαδή αρχίζει με μία ήδη υπάρχουσα θεωρία και αναμένει απάντηση.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 24, ενώ η βάση των συμπερασμάτων είναι το επίπεδο σημαντικότητας 5%. Έτσι, αναλυτική περιγραφή των αποτελεσμάτων γίνεται μόνο στις περιπτώσεις που υπάρχουν σημαντικά στατιστικά στοιχεία [119].

Η ανάλυση και η περιγραφή των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων καθώς και οι ερωτήσεις με πολλαπλές επιλογές έγινε με τη χρήση περιγραφικών στοιχείων ποσοστό και συχνοτήτων (frequencies).

Προκειμένου να γίνει περιγραφή των ερωτήσεων της κλίμακας άγχους Hamilton (Likert) χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean) και η τυπική απόκλιση (standard deviation), ενώ ως τιμή ουδέτερης στάσης ορίστηκε η τιμή 2.

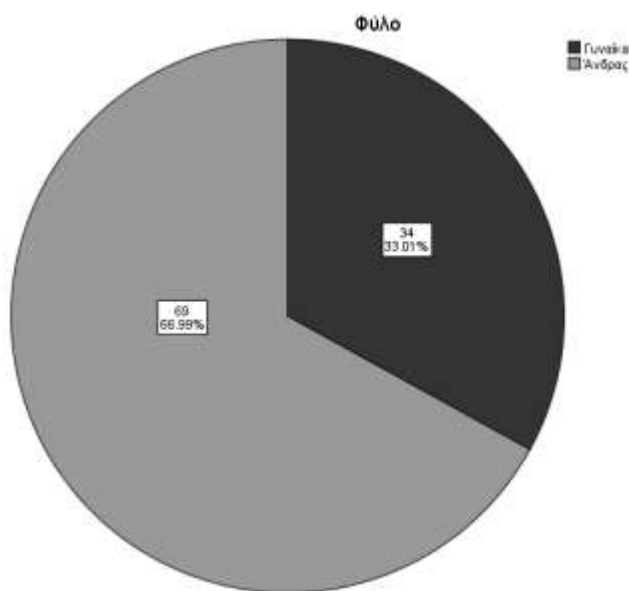
Πριν να ξεκινήσει η επεξεργασία των στοιχείων έγινε έλεγχος της κανονικότητας των εξαρτημένων μεταβλητών μέσω του κριτηρίου στατιστικής Kolmogorov–Smirnov. Ο έλεγχος έδειξε ότι η κανονικότητα των εξαρτημένων μεταβλητών ήταν στατιστικά σημαντική σε όλες τις περιπτώσεις ($p\text{-value}=,001$). Έτσι, προκειμένου να καταγραφούν τα αποτελέσματα των συσχετίσεων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό τεστ Spearman's rho.

Κεφάλαιο 6ο-Αποτελέσματα

Δημογραφικά Στοιχεία

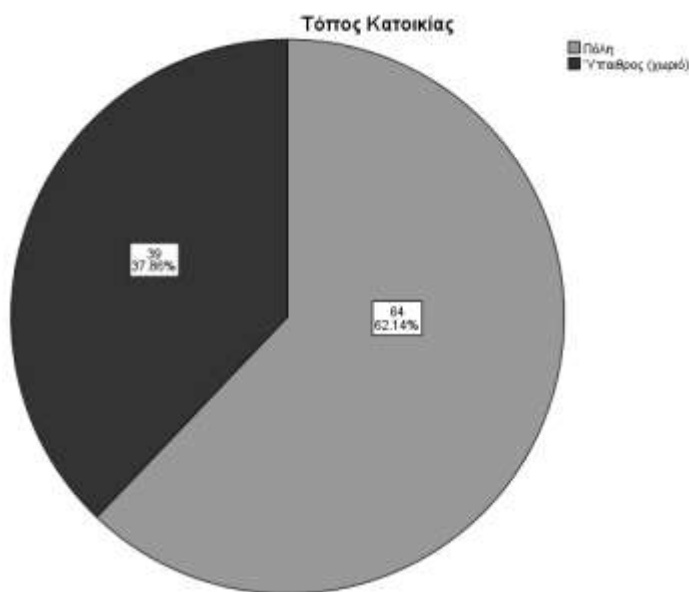
Στη έρευνα συμμετείχαν συνολικά 103 άτομα. Όπως δείχνουν τα στοιχεία του γραφήματος 1, από τους συμμετέχοντες οι 69 ήταν άνδρες (ποσοστό 67%) και οι 34 γυναίκες (ποσοστό 33%) με μέσο όρο ηλικίας $46,76 \pm 11,73$ έτη.

Σε ότι αφορά το μέσο βάρος των ερωτηθέντων αυτό είναι $83,50 \pm 18,17$ kg και το ύψος τους κυμαίνεται στα $1,73 \pm 0,08$ m.



Γράφημα 1- Κατανομή του δείγματος με βάση το φύλο

Από τα στοιχεία του γραφήματος 2, διαπιστώνεται ότι μεγάλο ποσοστό (62,1%) του δείγματος ζει σε αστικά κέντρα (64 άτομα) ενώ το 37,9% (39 άτομα) ζει στην ύπαιθρο (χωριό).



Γράφημα 2- Κατανομή του δείγματος με βάση τον τόπο κατοικίας.

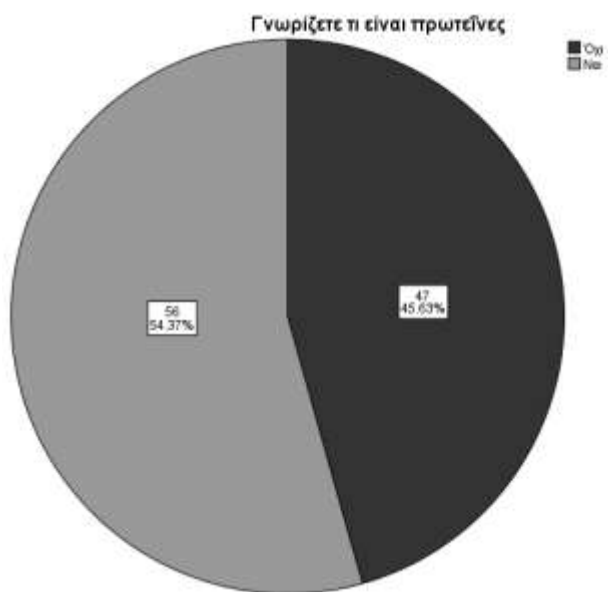
Συμπερασματικά, τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων περιγράφονται στον πίνακα που ακολουθεί (πίνακας 4).

Δημογραφικά Στοιχεία		
Συμμετέχοντες	103 συμμετέχοντες	
Φύλο	69 άνδρες (67%)	34 γυναίκες (33%)
Ηλικία	46,76±11,73 έτη	
Βάρος	83,50±18,17 kg	
Ύψος	1,73±0,08 m	
Τόπος Κατοικίας	αστικά κέντρα (64 άτομα-62,1%)	(39 άτομα-37,9%) ζει στην ύπαιθρο

Πίνακας 4- Συγκεντρωτικά Δημογραφικών Στοιχείων

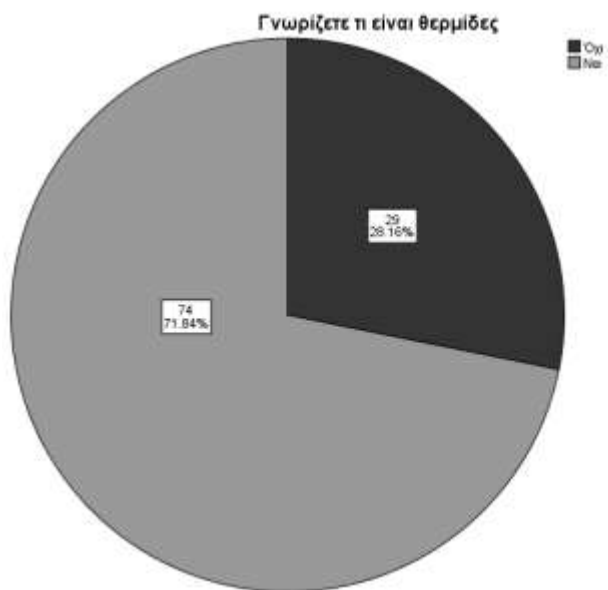
Ερωτηματολόγιο Διατροφικών Συνηθειών Ασθενών με F-20

Τα ευρήματά μας (γράφημα 3) υποδεικνύουν ότι, οριακά, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (56 άτομα- ποσοστό 54,37%) γνωρίζει την έννοια των πρωτεϊνών, σε αντίθεση, με τους υπόλοιπους 47 συμμετέχοντες (ποσοστό 45,63%).



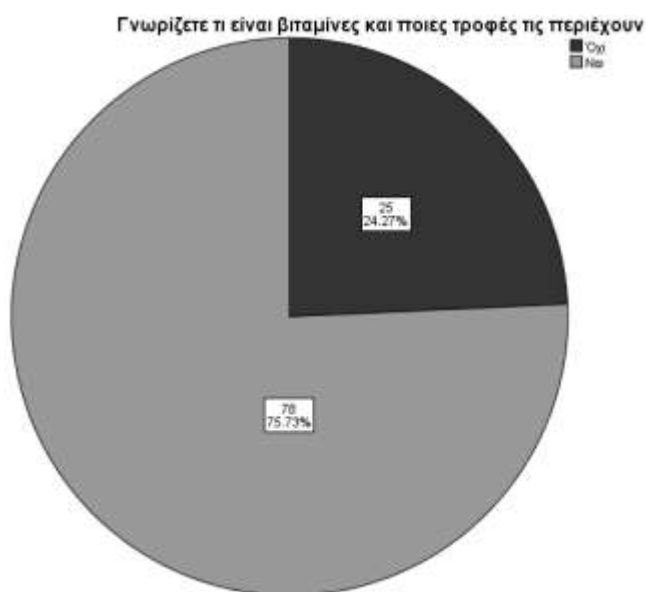
Γράφημα 3- Κατανομή του δείγματος με βάση την ερώτηση «Γνωρίζετε τι είναι πρωτεΐνες;»

Ομοίως, στο σύνολο των ασθενών, 74 άτομα (ποσοστό 71,8%) γνωρίζουν τι είναι θερμίδες (γράφημα 4).



Γράφημα 4- Κατανομή του δείγματος με βάση την ερώτηση «Γνωρίζετε τι είναι θερμίδες;»

Οι ασθενείς που γνωρίζουν για τις βιταμίνες και τις τροφές που τις περιέχουν (γράφημα 5) φαίνεται ότι είναι περισσότεροι (78 άτομα- ποσοστό 75,73%) από αυτούς που δεν έχουν γνώσεις γύρω από το συγκεκριμένο θέμα (25 άτομα-ποσοστό 24,27%).



Γράφημα 5- Κατανομή του δείγματος με βάση την ερώτηση «Γνωρίζετε τι είναι βιταμίνες και ποιες τροφές τις περιέχουν;»

Όσοι από τους συμμετέχοντες δήλωσαν ότι γνωρίζουν, κλήθηκαν να απαντήσουν αναφορικά με την πηγή ενημέρωσης τους (πίνακας 5).

Επί συνόλου 78 ασθενών, ποσοστό 67,1% εμφανίζεται να διαθέτει ενημέρωση λόγω προσωπικής εμπειρίας (53 άτομα), ποσοστό 16,5% έχει ενημερωθεί από το οικείο και κοινωνικό περιβάλλον του και ποσοστό 25,4% (20 άτομα) δηλώνει πως ενημερώνεται από τον έντυπο και ηλεκτρονικό τύπο.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαδίκτυο	10	12.7%
Περιοδικά	10	12.7%
Φίλοι	3	3.8%
Οικογένεια	10	12.7%
Προσωπική Εμπειρία	53	67.1%

Πίνακας 5- Σύνθεση του δείγματος (όσοι γνωρίζουν τι είναι βιταμίνες) με βάση την πηγή ενημέρωσης τους.

Από όλες τις διατροφικές συνήθειες που μελετήθηκαν βιβλιογραφικά, υπήρχαν διάφοροι παράγοντες που ξεχώρισαν, καθώς έχουν μεγαλύτερη επίδραση στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας στους ασθενείς. Για παράδειγμα, ο αριθμός κατανάλωσης των ημερήσιων γευμάτων [85]. Μάλιστα, σύμφωνα με τα κριτήρια που προτάθηκαν από τον SEEDO [86], ο αριθμός των γευμάτων που θεωρούνται υγιεινά ανά ημέρα είναι τέσσερα ή πέντε (4-5).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, τα ερευνητικά αποτελέσματα της παρούσης (πίνακας 6), δείχνουν ότι η πλειοψηφία του δείγματος (53 άτομα-ποσοστό 51,5%) καταναλώνει τρία (3) γεύματα ημερησίως.

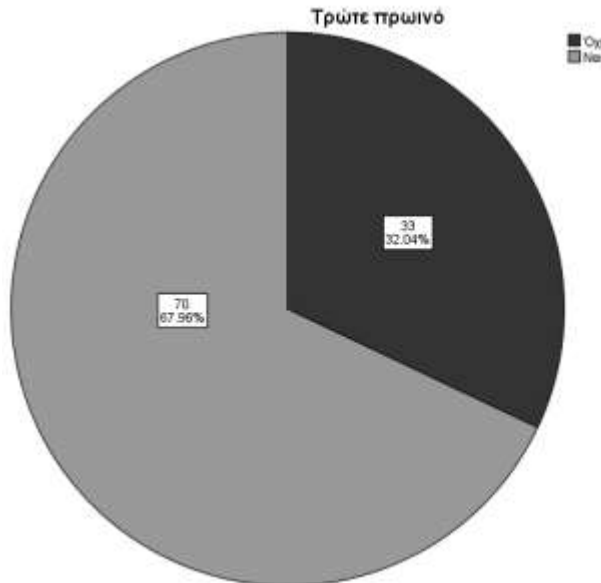
Επιπρόσθετα, ποσοστό 34% καταναλώνει λιγότερα από τρία (3) γεύματα (35 άτομα) και μόνο το 14,6% (15 άτομα) σιτίζεται περισσότερες από τρεις (3) φορές την ημέρα.

Πόσα γεύματα καταναλώνεται την ημέρα

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ένα	17	16.5	16.5	16.5
Δύο	18	17.5	17.5	34.0
Τρία	53	51.5	51.5	85.4
Πάνω από τρία	15	14.6	14.6	100.0
Σύνολο	103	100.0	100.0	

Πίνακας 6- Κατανομή του δείγματος με βάση την ημερήσια κατανάλωση γευμάτων.

Το γράφημα 6 αποκαλύπτει ότι οι περισσότεροι ασθενείς (70 άτομα- ποσοστό 67,96%) που διαγνώστηκαν με συμπτώματα σχιζοφρένειας τρώνε καθημερινά πρωινό, ενώ 33 άτομα (ποσοστό 32,04%) δεν γευματίζουν το πρωί.



Γράφημα 6- Κατανομή του δείγματος με βάση το αν τρώνε πρωινό ή όχι.

Η ποιότητα της διατροφής, του δείγματος, αξιολογήθηκε με βάση τις αναφορές για την μέγιστη ημερήσια πρόσληψη διατροφής (πίνακας 7). Έτσι, 88 άτομα (ποσοστό 85,4%) δήλωσαν ότι

καταναλώνουν την περισσότερη ποσότητα φαγητού κατά το μεσημεριανό τους, ένδεκα (11) άτομα (ποσοστό 10,7%) το βράδυ και μόλις τέσσερα (4) άτομα (ποσοστό 3,9%) το πρωί.

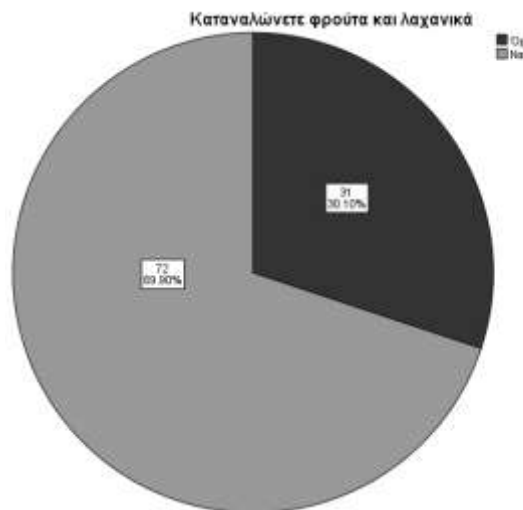
Πότε καταναλώνετε την περισσότερη ποσότητα φαγητού

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Πρωί	4	3.9	3.9	3.9
Μεσημέρι	88	85.4	85.4	89.3
Βράδυ	11	10.7	10.7	100.0
Σύνολο	103	100.0	100.0	

Πίνακας 7- Κατανομή των απαντήσεων με βάση το πότε καταναλώνεται η περισσότερη ποσότητα φαγητού.

Επίσης, εξετάστηκε η πρόσληψη λαχανικών και φρούτων, η οποία σύμφωνα με τις βιβλιογραφικές αναφορές, συνήθως, είναι ανεπαρκής και λιγότερη στους ασθενείς με σχιζοφρένεια, από ό, τι στο γενικό πληθυσμό [38].

Ωστόσο, σύμφωνα με τις απαντήσεις των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα (γράφημα 7), διαπιστώνεται πως η πλειοψηφία (72 άτομα- ποσοστό 69,9%) καταναλώνει φρούτα και λαχανικά, ενώ το υπόλοιπο 30,1% (31 άτομα) όχι.

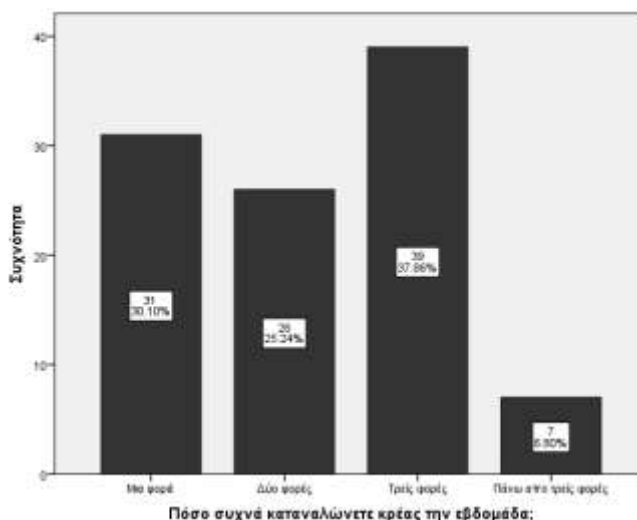


Γράφημα 7-Κατανομή των απαντήσεων με βάση την ερώτηση «Καταναλώνετε φρούτα και λαχανικά;»

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια συνήθως έχουν υψηλότερη πρόσληψη κορεσμένων λιπαρών και χαμηλότερη κατανάλωση φυτικών τροφών, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό [29].

Στην παρούσα έρευνα διαπιστώνεται το γεγονός ότι ασθενείς με σχιζοφρένεια περιλαμβάνουν περισσότερο κρέας στη διατροφή τους (γράφημα 8). Συγκεκριμένα, 46 άτομα (ποσοστό 44,66%) απάντησαν ότι η διατροφή τους περιλαμβάνει κρέας πάνω από τρεις (3) φορές την εβδομάδα. Ωστόσο,

υπήρξαν και 26 άτομα (ποσοστό 25,24%) που υποστήριξαν ότι καταναλώνουν κρέας δύο φορές εβδομαδιαίως και 31 άτομα (ποσοστό 30,10%) μια φορά την εβδομάδα.



Γράφημα 8- Κατανομή των απαντήσεων με βάση την εβδομαδιαία κατανάλωση κρέατος.

Βιβλιογραφικά, η μεγαλύτερη κατανάλωση ραφινάριστης ζάχαρης συνδέεται με μια χειρότερη έκβαση της σχιζοφρένειας και μεγαλύτερη επικράτηση της κατάθλιψης [120]. Συνεπώς, θεωρήθηκε σκόπιμο να εξεταστεί η ημερήσια πρόσληψη ζάχαρης που από πλευράς των συμμετεχόντων της έρευνας.

Τα αποτελέσματα κρίνονται ενδιαφέροντα (πίνακας 8), καθώς η πλειοψηφία (71,8%) δηλώνει πως λαμβάνει τουλάχιστον τέσσερα (4) κουταλάκια του γλυκού ζάχαρη σε καθημερινή βάση. Αντίθετα, μόνο το 28,2% του δείγματος λαμβάνει κάτω από τρία κουταλάκια του γλυκού ζάχαρη σε ημερήσια βάση.

Πόσα κουταλάκια του γλυκού ζάχαρη χρησιμοποιείτε την ημέρα

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ένα	12	11.7	11.7	11.7
Δύο	8	7.8	7.8	19.4
Τρία	8	7.8	7.8	27.2
Τέσσερα	25	24.3	24.3	51.5
Πάνω από τέσσερα	49	47.6	47.6	99.0
Κανένα	1	1.0	1.0	100.0
Σύνολο	103	100.0	100.0	

Πίνακας 8- Κατανομή των απαντήσεων με βάση την ημερήσια κατανάλωση ζάχαρης.

Η κακή διατροφή στην υπό μελέτη ομάδα συνδέεται, συνήθως, με ασταθείς συνθήκες διαβίωσης και κατ' επέκταση με τη συχνή κατανάλωση πρόχειρου φαγητού [84]. Η σημασία του οικείου

περιβάλλοντος στην διατροφή των ασθενών με σχιζοφρένεια αποτυπώνεται και στην ερώτηση η οποία αναφερόταν στην εβδομαδιαία συχνότητα προετοιμασίας του φαγητού από τους ίδιους (πίνακας 9).

Από τις απαντήσεις τους φαίνεται πως μόνο το 17,9% (16 άτομα) προετοιμάζουν πάνω από τρεις (3) φορές την εβδομάδα οι ίδιοι το φαγητό τους. Επίσης, 25 άτομα (14,3%) μαγειρεύουν από μία (1) έως τρεις (3) φορές εβδομαδιαίως και 60 συμμετέχοντες (58,3%) δεν μετέχουν καθόλου στην προετοιμασία των καθημερινών τους γευμάτων.

Πόσο συχνά μαγειρεύετε οι ίδιοι την εβδομάδα;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καμία	60	58.3	58.3	58.3
Μια φορά	5	4.9	4.9	63.1
Δύο φορές	11	10.7	10.7	73.8
Τρεις φορές	9	8.7	8.7	82.5
Πάνω από τρεις	2	1.9	1.9	84.5
Κάθε μέρα	16	15.5	15.5	100.0
Σύνολο	103	100.0	100.0	

Πίνακας 9- Κατανομή των απαντήσεων του δείγματος με βάση τη συχνότητα προετοιμασίας φαγητού από τους ίδιους.

Οι παραπάνω απόψεις ενισχύονται και από τα αποτελέσματα της επόμενης ερώτησης, η οποία αναφερόταν στην συχνότητας προετοιμασίας των γευμάτων από τρίτα άτομα (πίνακας 10). Όπως φαίνεται και από τα στοιχεία του πίνακα 9, τα γεύματα ενός σημαντικού ποσοστού (66%-68 συμμετέχοντες) προετοιμάζονται πάνω από τρεις (3) φορές την εβδομάδα από άλλους. Μόνο το 34% (35 συμμετέχοντες) σιτίζεται με φαγητό που δε προετοιμάζεται από τρίτους λιγότερες από τρεις (3) φορές εβδομαδιαίως.

Πόσο συχνά μέσα στην εβδομάδα τρώτε φαγητό που σας ετοιμάζουν άλλοι;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καμία	18	17.5	17.5	17.5
Μια φορά	9	8.7	8.7	26.2
Δύο φορές	3	2.9	2.9	29.1
Τρεις φορές	5	4.9	4.9	34.0
Πάνω από τρεις	10	9.7	9.7	43.7
Κάθε μέρα	58	56.3	56.3	100.0
Σύνολο	103	100.0	100.0	

Πίνακας 10- Κατανομή των απαντήσεων του δείγματος με βάση τη συχνότητα προετοιμασίας φαγητού από τρίτα άτομα.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι η αντίληψη που έχει ένα άτομο για την ευημερία του συνδέεται με την ενεργοποίηση και συμμετοχή του στην καθημερινότητα (π.χ αγορά τροφίμων, προετοιμασία γευμάτων) και ότι η καθημερινή λειτουργικότητα έχει θετικές επιδράσεις σε ασθενείς με σχιζοφρένεια [121,14], κρίθηκε σκόπιμο να εξεταστεί η εβδομαδιαία συχνότητα αγοράς τροφίμων από τους ίδιους τους ασθενείς.

Όπως δείχνουν τα στοιχεία του πίνακα 11 το μεγαλύτερο ποσοστό (64,1%) αγοράζει τρόφιμα τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα. Αντίθετα το 35,9% (37 άτομα) δεν πηγαίνει καμία φορά την εβδομάδα για να αγοράσει τρόφιμα.

Πόσο συχνά την εβδομάδα πηγαίνετε οι ίδιοι για αγορές τροφίμων

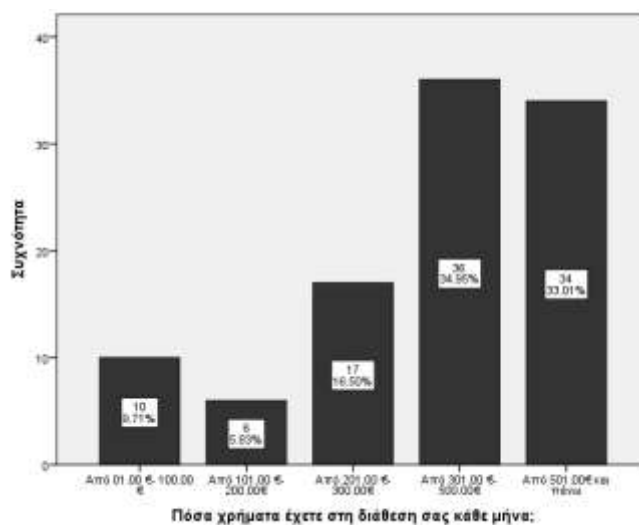
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καμία	37	35.9	35.9	35.9
Μια φορά	19	18.4	18.4	54.4
Δύο φορές	15	14.6	14.6	68.9
Τρεις φορές	10	9.7	9.7	78.6
Πάνω από τρεις	10	9.7	9.7	88.3
Κάθε μέρα	12	11.7	11.7	100.0
Σύνολο	103	100.0	100.0	

Πίνακας 11- Κατανομή των απαντήσεων του δείγματος με βάση τη συχνότητα αγοράς τροφίμων από τους ίδιους τους συμμετέχοντες.

Κοινωνικό Επίπεδο

Σε αυτή την ενότητα καταγράφονται οι διατροφικές συνήθειες των ασθενών σχετικά με θέματα που αφορούν το οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο τους.

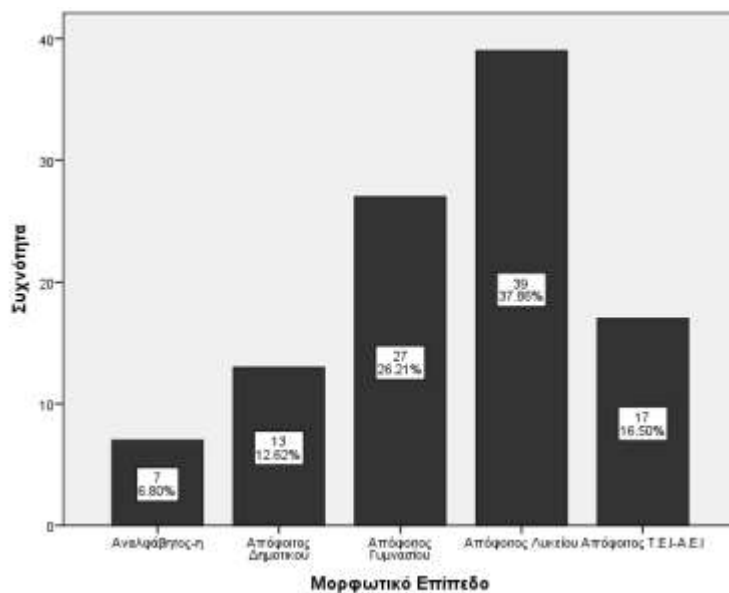
Η πρώτη ερώτηση αυτής της ενότητας αφορούσε το μηνιαίο εισόδημα των ερωτηθέντων το οποίο αποτυπώνεται στο γράφημα 10.



Γράφημα 9- Κατανομή των απαντήσεων του δείγματος με βάση το μηνιαίο εισόδημα τους.

Στο επόμενο γράφημα (11) αποτυπώνονται τα στοιχεία του δείγματος σε ότι αφορά το μορφωτικό επίπεδο τους.

Από αυτά φαίνεται ότι επτά (7) είναι αναλφάβητοι (ποσοστό 6,8%), 13 είναι απόφοιτοι Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης (ποσοστό 12,6%), 27 είναι απόφοιτοι Γυμνασίου (ποσοστό 26,2%), 17 είναι κάτοχοι πτυχίου ΑΕΙ/ΤΕΙ (ποσοστό 16,5%) και η πλειοψηφία είναι απόφοιτοι Λυκείου (ποσοστό 37,9%, 39 άτομα).



Γράφημα 10- Κατανομή των απαντήσεων του δείγματος με βάση μορφωτικό επίπεδο τους.

Επίδραση του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου στις διατροφικές συνήθειες των ασθενών

Από τις συσχετίσεις της ανεξάρτητης μεταβλητής «μηνιαίο εισόδημα» και των διατροφικών συνηθειών προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Υπενθυμίζεται, ότι, προκειμένου να καταγραφούν τα αποτελέσματα των συσχετίσεων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό τεστ Spearman's rho ενώ το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας είναι 5%.

Αναλυτικότερα, διαπιστώνεται ότι οι ασθενείς με μεγαλύτερο μηνιαίο εισόδημα γνωρίζουν περισσότερα για τα θρεπτικά στοιχεία από τους υπόλοιπους συμμετέχοντες. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι τα άτομα με το υψηλότερο μηνιαίο εισόδημα συνηθίζουν να τρώνε πρωινό, σε αντίθεση με τους ασθενέστερους οικονομικά συμμετέχοντες (πίνακας 12).

	01.00€-100.00€	101.00€-200.00€	201.00€-300.00€	301.00€-500.00€	501.00€ και πάνω	p-value
Γνωρίζετε τι είναι πρωτεΐνες	6(10,7%)	5(8,9%)	4(7,1%)	21(37,5%)	20(35,7%)	,047
Γνωρίζετε τι είναι θερμίδες	7(9,5%)	5(6,8%)	6(8,1%)	26(35,1%)	30(40,5%)	,004
Γνωρίζετε τι είναι βιταμίνες	7(9,0%)	6(7,7%)	7(9,0%)	32(41,0%)	26(33,3%)	,002
Τρώτε πρωινό	4(5,7%)	4(5,7%)	9(12,9%)	23(32,9%)	30(42,9%)	,017

Πίνακας 12- Επίδραση του οικονομικού επιπέδου στη γνώση των διατροφικών στοιχείων

Σε ότι αφορά τον αριθμό των ημερήσιων γευμάτων που καταναλώνουν (p-value=,068), το χρόνο μέγιστης κατανάλωσης φαγητού ημερησίως (p-value=,562), την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (p-value=,407), την κατανάλωση ζάχαρης (p-value=,085), τη συχνότητα που προετοιμάζουν οι ίδιοι το γεύμα τους (p-value=,423) ή άλλοι για τους ίδιους (p-value=,467), δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Ωστόσο, παρατηρήθηκε διαφοροποίηση, σχετιζόμενη με την κατανάλωση κρέατος (p-value=,407) με τους ασθενείς που διαθέτουν παραπάνω από 301,00€ να καταναλώνουν περισσότερο κρέας. Η ίδια διαφοροποίηση παρατηρήθηκε και στις απαντήσεις που δόθηκαν σχετικά με το αν πηγαίνουν οι ίδιοι για αγορές τροφίμων (p-value=,026), με τους πιο «εύπορους» να μην αγοράζουν οι ίδιοι τα τρόφιμα τους. Αναφορικά με το μορφωτικό τους επίπεδο, στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν σε σχέση με τις γνώσεις των συμμετεχόντων για τα θρεπτικά στοιχεία (πρωτεΐνες (p-value=,001), θερμίδες (p-value=,001), βιταμίνες (p-value=,001)) με αυτούς που διαθέτουν, όπως ήταν αναμενόμενο, «καλύτερη» μόρφωση να γνωρίζουν περισσότερα.

Επιπρόσθετα, συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών (p-value=,012) και ζάχαρης (p-value=,005). Στην περίπτωση της κατανάλωσης ζάχαρης οι απόφοιτοι γυμνασίου (34,0%) και Λυκείου (46,9%) διαπιστώθηκε ότι καταναλώνουν μεγαλύτερη ποσότητα ημερησίως από τους υπόλοιπους συμμετέχοντες.

Σημειώνεται επίσης ότι, στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρούνται και σε ότι αφορά και τον τόπο κατοικίας των ασθενών και τις διατροφικές συνήθειες τους. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς που κατοικούν στην πόλη διαπιστώθηκε ότι γνωρίζουν περισσότερα σχετικά με τα διατροφικά στοιχεία που μελετήθηκαν (Fisher's Exact Test: πρωτεΐνες (p-value= ,010), θερμίδες (p-value= ,021), βιταμίνες (p-value= ,001)).

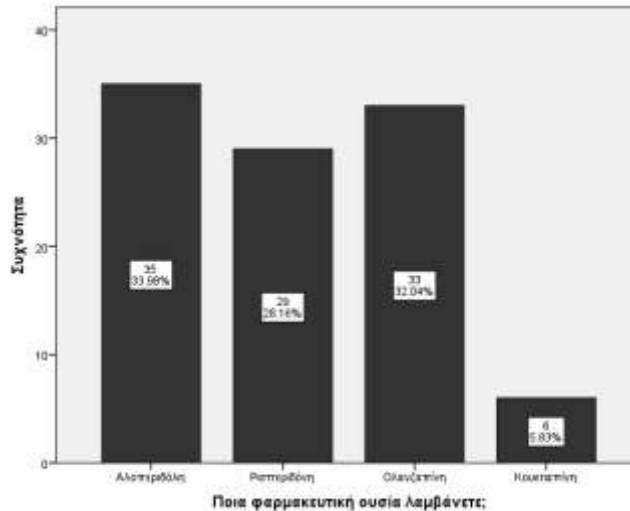
Επίσης, οι περισσότεροι τρώνε πρωινό (72,9%) σε σύγκριση με αυτούς που ζούνε σε χωριό (27,1%) γεγονός το οποίο συνιστά στατιστικώς σημαντική διαφορά (p-value= ,001).

Σχετικά με τον τόπο διαμονής, διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών κατοικούν στην ύπαιθρο (17,9% σε σύγκριση με το 7,8% των αστών) και αγοράζουν οι ίδιοι τα τρόφιμα τους ημερησίως (p-value= ,014).

Φαρμακευτική αγωγή και συν-νοσηρότητα

Τα κύρια φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας, σύμφωνα με τις απαντήσεις του δείγματος, περιγράφονται στο γράφημα 12.

Πιο συγκεκριμένα, στη πλειοψηφία των ασθενών (35 άτομα - ποσοστό 33,98%) χορηγείται Αλοπεριδόλη, στο 32,04% (33 άτομα) Ολανζαπίνη, σε 29 άτομα (28,16%) Ρισπεριδόνη και μόνο σε έξι (6) άτομα (ποσοστό 5,83%) Κουετιαπίνη.

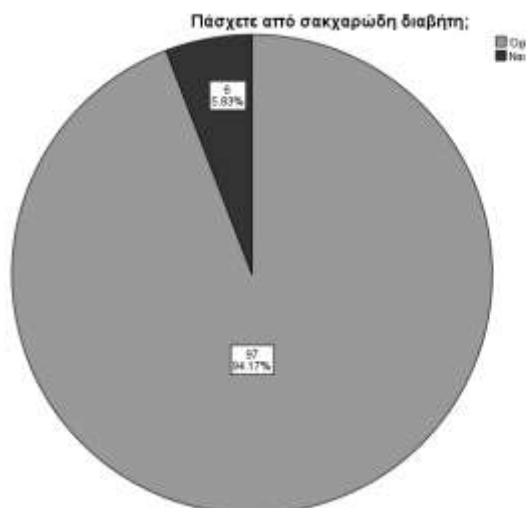


Γράφημα 11- Κατανομή των απαντήσεων του δείγματος με βάση τη φαρμακευτική ουσία που λαμβάνουν.

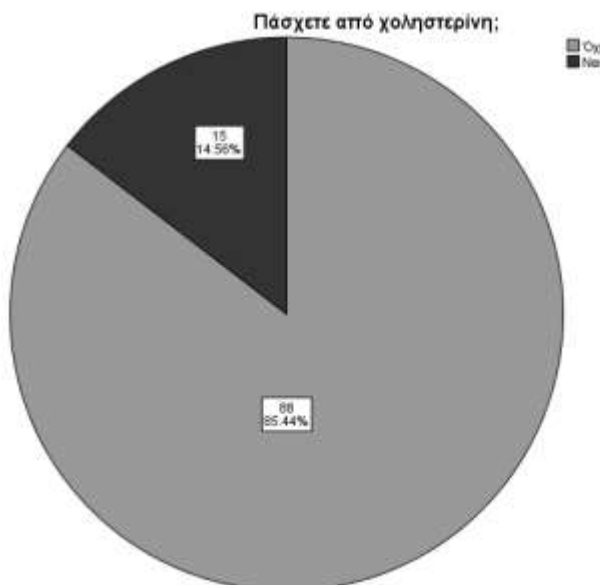
Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί ότι ως νόσος ο σακχαρώδης διαβήτης και η χοληστερίνη έχουν συνδεθεί με πολλές ψυχικές διαταραχές όπως κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές διατροφής και σχιζοφρένεια-διπολική διαταραχή.

Στα γραφήματα 12 και 13 συνοψίζονται τα αποτελέσματα των αναλύσεων της έρευνας, σύμφωνα με τα οποία, έξι (6) από τους συμμετέχοντες πάσχουν από διαβήτη (ποσοστό 5,8%) και 15 (ποσοστό

14,6%) από υπερλιπιδαιμία ή/και υπερχοληστεριναιμία. Μόνο τρία (3) άτομα (ποσοστό 2,9%) διαπιστώθηκε ότι εμφάνισαν και τις δύο ασθένειες ταυτόχρονα.



Γράφημα 12- Κατανομή των απαντήσεων του δείγματος με βάση την εμφάνιση διαβήτη



Γράφημα 13- Κατανομή των απαντήσεων του δείγματος με βάση την εμφάνιση χοληστερίνης.

Επίδραση της φαρμακευτικής αγωγής και της συννοσηρότητας στη διατροφή των ασθενών

Στον πίνακα που ακολουθεί (πίνακας 13) αποτυπώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές (Spearman's rho) που καταγράφηκαν ανάμεσα στην φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν οι συμμετέχοντες ασθενείς και στις διατροφικές συνήθειες που έχουν υιοθετήσει.

	Αλοπεριδόλη	Ρισπεριδόνη	Ολανζαπίνη	Κουετιαπίνη	p-value
Κατανάλωση Φαγητού	35(34,0%)	29(28,2%)	33(32,0%)	6(5,8%)	,020
Συχνότητα προετοιμασίας φαγητού από τρίτους	35(34,0%)	29(28,2%)	33(32,0%)	6(5,8%)	,001
Αγορά τροφίμων	35(34,0%)	29(28,2%)	33(32,0%)	6(5,8%)	0,02

Πίνακας 13-Επίδραση της φαρμακευτικής αγωγής στη διατροφή των συμμετεχόντων

Επόμενο βήμα είναι ο έλεγχος της συσχέτισης ανάμεσα στις διατροφικές μεταβλητές του ερωτηματολογίου και την ύπαρξη ή όχι σακχαρώδη διαβήτη ταυτόχρονα με την ύπαρξη της F-20 (πίνακας 13).

Σε αυτή την περίπτωση, στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίστηκε μόνο σε ότι αφορά τη συχνότητα προετοιμασίας του φαγητού από τους ίδιους τους ασθενείς (p-value=,007). Οι συμμετέχοντες που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη (94,2%) δεν προετοιμάζουν συχνά τα γεύματα οι ίδιοι.

Σε ότι έχει σχέση με τη συνύπαρξη χοληστερίνης δεν αναφέρθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά.

Κλίμακα Άγχους Hamilton

Όπως προαναφέρθηκε, η Κλίμακα Άγχους του Hamilton χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση των επιπέδων άγχους των συμμετεχόντων. Τα στοιχεία που προέκυψαν αποτυπώνονται στον πίνακα 14 και κρίνονται ενδιαφέροντα καθώς οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες (52 άτομα-ποσοστό 50,2%) παρουσιάζουν ήπια έως καθόλου συμπτώματα άγχους.

Κλίμακα Άγχους Hamilton				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
απόν	26	25.2	25.2	25.2
ήπιο	26	25.2	25.2	50.5
Μέτριο	18	17.5	17.5	68.0
Έντονο	28	27.2	27.2	95.1
Πολύ έντονο	5	4.9	4.9	100.0
Σύνολο	103	100.0	100.0	

Πίνακας 14- Κατανομή των απαντήσεων του δείγματος με βάση τα επίπεδα άγχους

Πιο συγκεκριμένα, τα εντονότερα συμπτώματα που εμφανίζουν οι συμμετέχοντες περιλαμβάνουν την καταθλιπτική (μ.τ= 1,53, τ.α=1,18) και την αγχώδη διάθεση (μ.τ= 1,25, τ.α=1,13), καθώς και την

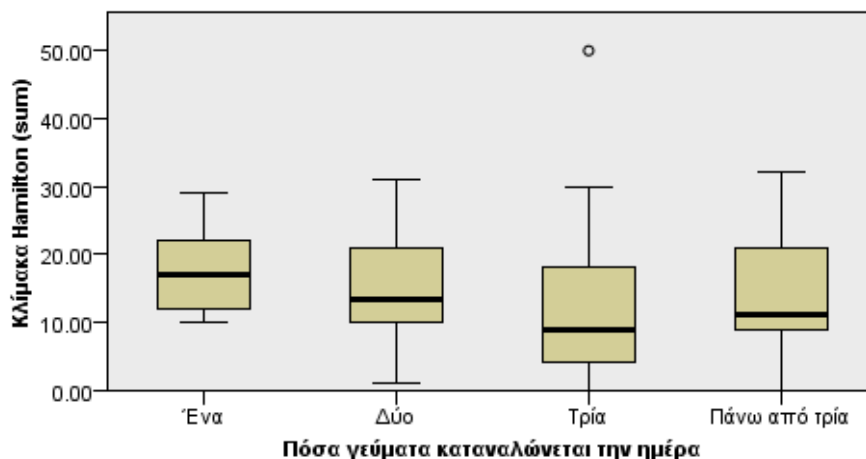
ένταση ($\mu.\tau= 1,52$, $\tau.\alpha=1,17$). Αντίθετα, τα ηπιότερα συμπτώματα είναι τα ουρογεννητικά ($\mu.\tau= 0,53$, $\tau.\alpha=1,02$).

Επίδραση του άγχους στη διατροφή

Αναφορικά με τον βαθμό του άγχους στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια και πως μπορεί να επηρεάσει την τήρηση σωστών διατροφικών συνηθειών, διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, μέσω της στατιστικής δοκιμής Spearman's rho, όσον αφορά το πρωινό ($\rho=-.253$, $p\text{-value}=,010$). Σχετικά με την επίδραση του άγχους, διαπιστώνεται ότι όσο πιο αγχωμένα είναι τα άτομα τόσο λιγότερο συνηθίζουν να συμπεριλαμβάνουν το πρωινό στη διατροφή τους.

Επίσης, το άγχος επηρεάζει την ποσότητα πρόσληψης κρέατος ($\rho=.225$, $p\text{-value}=,022$). Διαπιστώνεται, ότι οι ασθενείς όσο πιο αγχωμένοι είναι καταναλώνουν περισσότερο κρέας.

Αντίστροφα, κατά την διάρκεια των συσχετίσεων, σε ότι αφορά τις διατροφικές συνήθειες και την επίδραση τους στο άγχος (γράφημα 14), καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p\text{-value}<0,05$) σε ότι αφορά τον αριθμό των γευμάτων ($p\text{-value}=,025$).

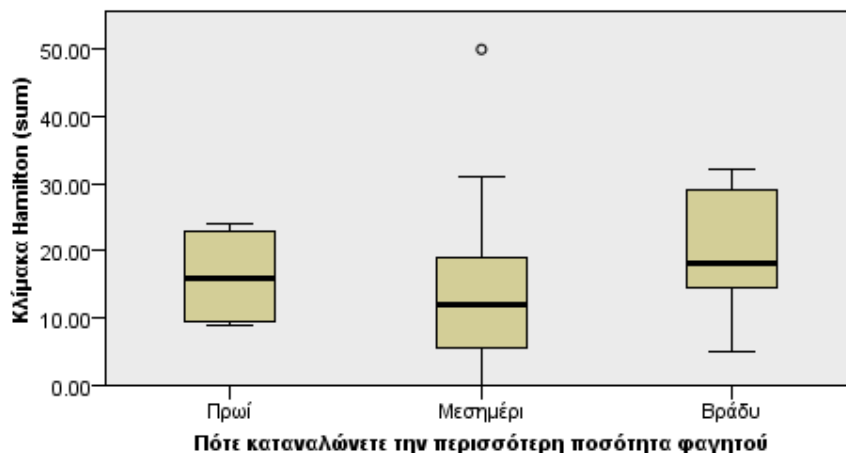


Γράφημα 14-Επίδραση του αριθμού των γευμάτων στα επίπεδα άγχους του δείγματος

Παρατηρώντας τα αποτελέσματα της έρευνας, όσον αφορά το πρωινό ως διατροφική συνήθεια, διαπιστώνεται ότι οι συμμετέχοντες που δεν παίρνουν πρωινό ($\mu.\tau= 16,21$, $\tau.\alpha=7,16$) παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους από αυτούς που έχουν προσθέσει το πρωινό στη διατροφή τους ($\mu.\tau= 12,71$, $\tau.\alpha=9,81$) γεγονός που καθιστά στατιστικά σημαντική διαφορά ($p\text{-value}=,018$).

Αντίστοιχα, ο χρόνος πρόσληψης της μέγιστης ποσότητας τροφής (γράφημα 15) βρέθηκε ότι είναι στατιστικά σημαντικός ($p\text{-value}=,039$).

Επιπλέον, από την post-hoc ανάλυση εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε αυτούς που λαμβάνουν μεγαλύτερη ποσότητα φαγητού το βράδυ ($\mu.τ= 20,09$, $\tau.α=8,87$) παρά το μεσημέρι ($\mu.τ= 12,94$, $\tau.α=9,01$).



Γράφημα 15- Επίδραση χρόνου λήψης μέγιστης ποσότητας φαγητού στα επίπεδα άγχους του δείγματος

Κλίμακα σφαιρικής εκτίμησης και λειτουργικότητας

Με βάση την κλίμακα σφαιρικής εκτίμησης και λειτουργικότητας διαπιστώθηκε ότι: σε εννέα (9) συμμετέχοντες η ασθένεια είναι μετρίας εντάσεως, σε 38 (ποσοστό 36,9%) είναι σημαντικής εντάσεως, 53 (ποσοστό 51,5%) πάσχουν από βαριά μορφή της ασθένειας, ενώ τρεις (3) (ποσοστό 2,9%) χαρακτηρίζονται ως εξαιρετικά νοσούντες ασθενείς (πίνακας 15).

Βαρύτητα της νόσου

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Μέτρια νόσων	9	8.7	8.7	8.7
Σημαντικά νόσων	38	36.9	36.9	45.6
Βαρέως νόσων	53	51.5	51.5	97.1
Μεταξύ των εξαιρετικά νοσούντων ασθενών	3	2.9	2.9	100.0
Σύνολο	103	100.0	100.0	

Πίνακας 15- Κατανομή των απαντήσεων του δείγματος με βάση την κλινική εκτίμηση για την βαρύτητα της νόσου.

Αναφορικά με την εκτίμηση της σφαιρικής βελτίωσης των συμμετεχόντων, όπως δείχνουν τα στοιχεία του πίνακα 16, η πλειοψηφία τους (83 άτομα- ποσοστό 80,6%) παρουσιάζει κάποιο επίπεδο βελτίωσης (από ελάχιστο έως μεγάλο). Ως βάση εκτίμησης θεωρήθηκε το χαμηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας κατά την περασμένη εβδομάδα πριν την μέτρηση.

Σφαιρική Βελτίωση

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Μεγάλη βελτίωση	31	30.1	30.1	30.1
Ελάχιστη βελτίωση	52	50.5	50.5	80.6
Καμία αλλαγή	18	17.5	17.5	98.1
Μεγάλη επιδείνωση	1	1.0	1.0	99.0
Πολύ μεγάλη επιδείνωση	1	1.0	1.0	100.0
Σύνολο	103	100.0	100.0	

Πίνακας 16- Κατανομή των απαντήσεων του δείγματος με βάση την κλινική εκτίμηση για τη σφαιρική βελτίωση του ασθενή.

Συνολικά, οι περισσότεροι από τους ασθενείς που χαρακτηρίζονται ως «μέτρια νοσούντες» παρουσίασαν ελάχιστη βελτίωση (6 άτομα-ποσοστό 66,7%).

Επίσης, ελάχιστη βελτίωση παρουσίασαν αυτοί που ανήκουν στις κατηγορίες «σημαντικά» (22 άτομα-ποσοστό 57,9%) και οι «βαρέως νοσούντες» (24 άτομα-ποσοστό 45,3%) ενώ μεταξύ αυτών που ανήκουν στην κατηγορία των «εξαιρετικά νοσούντων ασθενών» η πλειοψηφία (66,7%) δεν παρουσίασαν καμία αλλαγή (πίνακας 17).

		Σφαιρική Βελτίωση				
		Μεγάλη βελτίωση	Ελάχιστη βελτίωση	Καμία αλλαγή	Μεγάλη επιδείνωση	Πολύ μεγάλη επιδείνωση
Μέτρια νόσων	Συχνότητα	3	6	0	0	0
	Ποσοστό	33.3%	66.7%	0.0%	0.0%	0.0%
Σημαντικά νόσων	Συχνότητα	14	22	2	0	0
	Ποσοστό	36.8%	57.9%	5.3%	0.0%	0.0%
Βαρέως νόσων	Συχνότητα	13	24	14	1	1
	Ποσοστό	24.5%	45.3%	26.4%	1.9%	1.9%
Μεταξύ των εξαιρετικά νοσούντων ασθενών	Συχνότητα	1	0	2	0	0
	Ποσοστό	33.3%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%

Πίνακας 17- Πίνακας διασταύρωσης κλινικής εκτίμησης

Αναφορικά με την αξιολόγηση της λειτουργικότητας των συμμετεχόντων (πίνακας 18) θα πρέπει να σημειωθεί ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (50 άτομα - ποσοστό 48,5%) εμφάνισε έντονα προβλήματα λειτουργικότητας.

Συνεπώς, στο δείγμα, εντοπίζονται ισχυρές ενδείξεις μη θεραπευμένης ψύχωσης.

Κλίμακα Σφαιρικής Εκτίμησης Λειτουργικότητας

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καλή λειτουργικότητα	17	16.5	16.5	16.5
έκπτωση λειτουργικότητας	12	11.7	11.7	28.2
δυσκολία λειτουργικότητας	6	5.8	5.8	34.0
μέτρια δυσκολία λειτουργικότητας	5	4.9	4.9	38.8
σοβαρή έκπτωση λειτουργικότητας	4	3.9	3.9	42.7
μείζων έκπτωση λειτουργικότητας	9	8.7	8.7	51.5
αδυναμία λειτουργίας	24	23.3	23.3	74.8
απουσία προσωπικής υγιεινής- επικοινωνιακά προβλήματα	4	3.9	3.9	78.7
ελάχιστη λειτουργικότητα	22	21.3	21.3	100.0
Σύνολο	103	100.0	100.0	

Πίνακας 18- Κατανομή των απαντήσεων του δείγματος με βάση την κλινική εκτίμηση για τη σφαιρική λειτουργικότητα του ασθενή.

Συνολικά, η πλειοψηφία αυτών ανήκουν στους «μέτρια νοσούντες» (ποσοστό 33,3%) και παρουσιάζει ελαφρά αυπνία, κρίσεις πανικού ή μέτρια δυσκολία στην κοινωνική επαγγελματική ή σχολική λειτουργικότητα.

Αντίστοιχα, η πλειοψηφία των ασθενών που ανήκει στους «σημαντικά νοσούντες» (ποσοστό 26,3%) παρουσιάζει ελάχιστη λειτουργικότητα, ενώ αδυναμία λειτουργίας (32,1%) παρουσιάζουν οι ασθενείς που χαρακτηρίζονται «βαρέως νοσούντες».

Συνεπώς, διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά ($p\text{-value}=,023$). Υπενθυμίζεται, ότι το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 5% ($p\text{-value}<,05$).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν εντοπίστηκε αναφορικά με την σφαιρική εκτίμηση της λειτουργικότητας και τη διατροφή των ασθενών.

Αντίθετα, κατά τις συσχετίσεις διαπιστώθηκε ότι, σε ότι αφορά τη συχνότητα προετοιμασίας των γευμάτων από τους ίδιους ($p=,000$), την παραγωγή γευμάτων από τρίτους ($p=,001$) και τις αγορές τροφίμων ($p=,000$), η σφαιρική λειτουργικότητα παίζει ρόλο. Συμπερασματικά, όσο πιο λειτουργικά είναι τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα τόσο «ποιοτικότερη» καθημερινότητα που ζουν (πίνακας 19).

Spearman's rho	Πόσο συχνά μαγειρεύετε οι ίδιοι την εβδομάδα;	Συντελεστής Συσχέτισης	.341
		Sig. (2-tailed)	.000
	Πόσο συχνά μέσα στην εβδομάδα τρώτε φαγητό που σας ετοιμάζουν άλλοι;	Συντελεστής Συσχέτισης	-.325
		Sig. (2-tailed)	.001
	Πόσο συχνά την εβδομάδα πηγαίνετε οι ίδιοι για αγορές τροφίμων	Συντελεστής Συσχέτισης	.359
		Sig. (2-tailed)	.000

Πίνακας 19-Επίδραση του επιπέδου λειτουργικότητας στην διατροφική καθημερινότητα

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την επεξεργασία των στατιστικών στοιχείων διαπιστώνεται ότι:

- ✓ Η οριακή πλειοψηφία των μελών του δείγματος έχει γνώσεις σχετικά με την αξία της υγιεινής διατροφής, των βιταμινών και των πρωτεϊνών, αν και εξακολουθεί να τηρεί ανθυγιεινές συνήθειες (ποσοστό 51,5%).
- ✓ Αυξημένο ποσοστό (67,96%) αναγνωρίζει την αξία του πρωινού και το έχει εντάξει στην καθημερινότητά του.
- ✓ Μεγάλο μέρος του δείγματος (ποσοστό 69,9%) καταναλώνει φρούτα και λαχανικά.
- ✓ Η κατανάλωση κρέατος είναι συχνή (τρεις φορές της εβδομάδα) για το 44,66% των ερωτηθέντων.
- ✓ Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 71,8%) έχει αδυναμία στη ραφινάριση ζάχαρη.
- ✓ Μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων (58,3%) δεν έχει καμία συμμετοχή στην προετοιμασία των καθημερινών γευμάτων του, αν και το 64,1% δηλώνει πως αγοράζουν οι ίδιοι τα τρόφιμα που καταναλώνουν.
- ✓ Οι ασθενείς με υψηλό εισόδημα γνωρίζουν περισσότερα για την θρεπτική αξία των τροφών, αν και δεν αγοράζουν οι ίδιοι τα τρόφιμα τους.
- ✓ Καλύτερες γνώσεις για την αξία των βιταμινών, των πρωτεϊνών και την έννοια των θερμίδων έχουν οι ασθενείς με υψηλότερο (σε σχέση με τους υπόλοιπους μετέχοντες) μορφωτικό επίπεδο.
- ✓ Ο τόπος κατοικίας φαίνεται πως παίζει ρόλο στις διατροφικές γνώσεις, καθώς οι κάτοικοι αστικών περιοχών δήλωσαν ότι γνωρίζουν περισσότερα.
- ✓ Το 20% των συμμετεχόντων πάσχει και από άλλες ασθένειες (σακχαρώδης διαβήτης ή υπερλιπιδαιμία ή/και υπερχοληστεριναιμία) και το 2,9% έχει συν-νοσηρότητα και με τις δύο νόσους.
- ✓ Η οριακή πλειοψηφία του δείγματος (ποσοστό 50,2%) έχει ήπιας έντασης άγχος ή και καθόλου.
- ✓ Η οριακή πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 51,5%) χαρακτηρίζονται ως «βαρέως νοσούντες».
- ✓ Το 48,5% των συμμετεχόντων εκδηλώνει έντονα προβλήματα λειτουργικότητας

- ✓ Δεν εντοπίστηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά που να έχει σχέση με την σφαιρική εκτίμηση και τη διατροφή των ασθενών.

Κεφάλαιο 6^ο

Συζήτηση

Η μελέτη εδράζεται στην πεποίθηση πως οι διατροφικές συνήθειες των ανθρώπων διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στα διάφορα νοσήματα του οργανισμού και ευθύνονται τόσο για την δημιουργία τους (των ασθενειών) όσο και για την καταπολέμηση τους. Επιπλέον, πρόσφατες μελέτες [42], έδειξαν πως μια ισορροπημένη διατροφή σε ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια με παράλληλη χορήγηση βιταμινών του συμπλέγματος Β, μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Ωστόσο, η ευθύνη για την απόκτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών και η πρόσληψη των ενδεδειγμένων, για κάθε πάθηση, τροφών δεν είναι αποκλειστική ευθύνη των πασχόντων, καθώς η παρούσα, αλλά και παλαιότερες έρευνες δείχνουν πως τα άτομα που έχουν ψυχικές διαταραχές και νόσους (όπως η σχιζοφρένεια) είθισται να είναι επιρρεπείς σε ανθυγιεινή διατροφή [35]. Μάλιστα, αποτελέσματα άλλων ερευνητών [36] δείχνουν πως τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια δυσκολεύονται να αντληφθούν την σχέση μεταξύ διατροφής και σωματικού βάρους, όπως δυσκολεύονται και να εντάξουν στην διατροφή τους τροφές που τους ωφελούν.

Άλλες έρευνες, δείχνουν πως οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια έχουν την τάση να καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες ραφινάρισμένης ζάχαρης [122], αλλά και τροφές πλούσιες σε κορεσμένα λιπαρά [123] με αποτέλεσμα να έχουν αυξημένο βάρος, σε σχέση με τους υγιείς. Για το λόγο αυτό η πλειοψηφία των ερευνητών συνιστά πέραν της υιοθέτησης νέων υγιεινών διατροφικών συνηθειών, τα άτομα με σχιζοφρένεια, συνεχίζοντας την φαρμακευτική αγωγή, να ασχολούνται και με αθλητικές δραστηριότητες προκειμένου να μειωθεί το βάρος τους και να βελτιωθεί η υγεία τους [93].

Το αυξημένο βάρος σε ασθενείς με σχιζοφρένεια έχει καταγραφεί σε πολλές μελέτες όπως αυτή των Henderson και συνεργατών [37], που διαπίστωσαν πως το 62% των ασθενών στις ΗΠΑ είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι και ότι η παχυσαρκία σχετίζεται με την υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα, καθώς ενισχύει τον κίνδυνο για απόκτηση υπέρτασης και διαβήτη τύπου 2, για εγκεφαλικό επεισόδιο, στεφανιαία νόσο κ.α. Ωστόσο, σύμφωνα με τους μελετητές [37] για την παχυσαρκία των ασθενών δεν ευθύνονται μόνον οι κακές διατροφικές συνήθειες, αλλά και τα φάρμακα που λαμβάνουν για την πάθηση τους. Πάντως και αυτοί, συνιστούν την απόκτηση νέων διατροφικών συνηθειών και την ένταξη στην καθημερινότητα των ασθενών προγραμμάτων φυσικής άσκησης.

Έρευνα όμως που έγινε στην Σκωτία από τους Strassnig και συνεργάτες [52] έδειξε πως οι εκεί ασθενείς δεν είχαν διαφορές (με τα μέλη του τυπικού πληθυσμού) σε ότι έχει σχέση με θερμίδες, πρωτεΐνες, υδατάνθρακες και λίπος, αποδεικνύοντας πως και οι δύο ομάδες (τυπικός πληθυσμός και άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια) είχαν παρόμοιες συνήθειες στην διατροφή τους. Οι διαφορές όμως

που εντοπίστηκαν ήταν στην ποιότητα των τροφών. Οι ερευνητές αποδίδουν αυτές τις διαφορές τόσο σε γνωστικά ελλείμματα, όσο και στην κοινωνική και οικονομική κατάσταση των ασθενών, πολλοί από τους οποίους ήταν άνεργοι και άρα χαμηλών οικονομικών εισοδημάτων, οπότε δεν είχαν την δυνατότητα να δαπανήσουν πολλά χρήματα για ποιοτική διατροφή, κάτι που επιβεβαιώνεται και στη παρούσα.

Οι Jakobsen και συνεργάτες [38] μελετώντας άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια και αντιπαραβάλλοντας τα με υγιείς ανθρώπους θεωρούν πως απαραίτητο συστατικό για την ευζωία τους είναι η απόκτηση νέου τρόπου ζωής. Στην δική τους μελέτη, επίσης διαπιστώθηκε πως μεγάλο μέρος του πληθυσμού των ατόμων με σχιζοφρένεια δεν ασκείται, δεν συμμετέχει στην προετοιμασία των γευμάτων του, ενώ στις περιπτώσεις που οι ασθενείς έχουν βελτιώσει την διατροφή τους παρατηρείται κακή ποιότητα πρώτων υλών.

Ο Reynolds, [98], υποστηρίζει πως οι αιτίες για υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι τα αντι-ψυχωσικά φάρμακα (κυρίως αυτά της δεύτερης γενιάς) και οι κακές συνήθειες όπως το κάπνισμα, η απουσία φυσικής δραστηριότητας και όπως συμπληρώνουν οι Stubbs et al., [124] η κακή διατροφή. Ωστόσο, σύμφωνα με τον Cuerda και τους συνεργάτες του [94], Deng, [95] και Vancampfort και συνεργάτες [96,97], η απουσία φυσικής άσκησης είναι αναμενόμενη λόγω των παρενεργειών που έχουν τα αντι-ψυχωσικά φάρμακα, ενώ σύμφωνα με τους Agerbo και συνεργάτες [51] και Leung και συνεργάτες [125] μεγάλο μερίδιο ευθύνης για τις κακές διατροφικές συνήθειες που έχουν τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια φέρουν η κακή οικονομική κατάσταση και η φτώχεια, κάτι που διαπιστώνεται και στην παρούσα μελέτη.

Την ίδια άποψη, η οποία επιβεβαιώνεται και στην παρούσα μελέτη, για το οικονομικό και κοινωνικό υπόβαθρο και τον ρόλο που παίζει στις διατροφικές συνήθειες των ασθενών, εκφράζουν και ο Mezquida με τους συνεργάτες του [14] οι οποίοι επιπλέον διαπίστωσαν –επιβεβαιώνοντας άλλες μελέτες– ότι η κακή σωματική κατάσταση σχετίζεται και με την φαρμακευτική αγωγή και την έλλειψη φυσικών ασκήσεων που οδηγεί και σε αύξηση του δείκτη της μάζας του σώματος (παχυσαρκία). Όμως, σύμφωνα με τον Bushe και τους συνεργάτες του [126], ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) αυξάνεται και λόγω της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνουν τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια η οποία μειώνει την επιθυμία τους όχι μόνο για να ασκηθούν, να ασχοληθούν με την προετοιμασία του φαγητού τους και να τρουν σωστά, αλλά γενικά την επιθυμία τους να ενεργοποιηθούν σε διάφορες καθημερινές και κοινωνικές δραστηριότητες.

Το οικονομικό υπόβαθρο των ασθενών με σχιζοφρένεια παίζει καθοριστικό ρόλο στις διατροφικές τους συνήθειες. Από τις συσχετίσεις της ανεξάρτητης μεταβλητής του μηνιαίου εισοδήματος και των διατροφικών συνηθειών, προέκυψαν αξιοσημείωτες διαφορές. Πιο αναλυτικά, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με μεγαλύτερο μηνιαίο εισόδημα, έχουν μεγαλύτερη γνώση για τα θρεπτικά στοιχεία σε

σύγκριση με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες. Εκτός αυτού, τα άτομα με μεγαλύτερο εισόδημα δεν παραλείπουν το πρωινό γεύμα (κάτι το οποίο παρατηρείται σε ασθενέστερα οικονομικά άτομα), που όλοι γνωρίζουμε τη σημαντικότητά του σε μια ισορροπημένη διατροφή (πίνακας 11).

Σε ότι αφορά τον αριθμό των ημερήσιων γευμάτων που καταναλώνουν (p -value=,068), το χρόνο μέγιστης κατανάλωσης φαγητού ημερησίως (p -value=,562), την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (p -value=,407), την κατανάλωση ζάχαρης (p -value=,085), τη συχνότητα που προετοιμάζουν οι ίδιοι το γεύμα τους (p -value=,423) ή άλλοι για τους ίδιους (p -value=,467), δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Ωστόσο, παρατηρήθηκε διαφοροποίηση, σχετιζόμενη με την κατανάλωση κρέατος (p -value=,407) με τους ασθενείς που διαθέτουν παραπάνω από 301,00€ να καταναλώνουν περισσότερο κρέας. Η ίδια διαφοροποίηση παρατηρήθηκε και στις απαντήσεις που δόθηκαν σχετικά με το αν πηγαίνουν οι ίδιοι για αγορές τροφίμων (p -value=,026), με τους πιο «εύπορους» να μην αγοράζουν οι ίδιοι τα τρόφιμα τους.

Το μορφωτικό τους επίπεδο συμβάλλει και αυτό με τη σειρά τους σε καλύτερες διατροφικές συνήθειες. Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν σε σχέση με τις γνώσεις των συμμετεχόντων για τα θρεπτικά στοιχεία (πρωτεΐνες (p -value=,001), θερμίδες (p -value=,001), βιταμίνες (p -value=,001)) με αυτούς που διαθέτουν, όπως ήταν αναμενόμενο, «καλύτερη» μόρφωση να γνωρίζουν περισσότερα. Εκτός αυτού, όσον αφορά την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (p -value=,012) και ζάχαρης (p -value=,005), οι απόφοιτοι γυμνασίου (34,0%) και Λυκείου (46,9%) διαπιστώθηκε, ότι καταναλώνουν μεγαλύτερη ποσότητα ημερησίως από τους υπόλοιπους συμμετέχοντες.

Σημειώνεται επίσης ότι, στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρούνται και σε ότι αφορά και τον τόπο κατοικίας των ασθενών και τις διατροφικές συνήθειες τους. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς που κατοικούν στην πόλη διαπιστώθηκε ότι γνωρίζουν περισσότερα σχετικά με τα διατροφικά στοιχεία που μελετήθηκαν (Fisher's Exact Test: πρωτεΐνες (p -value=,010), θερμίδες (p -value=,021), βιταμίνες (p -value=,001)). Σχετικά με τον τόπο διαμονής, διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών κατοικούν στην ύπαιθρο (17,9% σε σύγκριση με το 7,8% των αστών) και αγοράζουν οι ίδιοι τα τρόφιμα τους ημερησίως (p -value=,014).

Επιπλέον στην έρευνα των Roick και των συνεργατών του [108] διαπιστώθηκε, όπως και στην παρούσα μελέτη, ότι το επίπεδο της μόρφωσης των ασθενών βοηθά σημαντικά στην λήψη υγιεινότερων τροφών και γενικά υγιεινότερων καθημερινών συνηθειών, ενώ ρόλο φαίνεται πως παίζει και η ηλικία των ανθρώπων, αφού όσο ωριμάζει ένα άτομο τόσο ωριμάζουν και οι απόψεις του για υγιεινές συνθήκες ζωής και τρόπου ζωής.

Άλλες έρευνες πάντως [85] έχουν δείξει πως οι γυναίκες ασθενείς έχουν περισσότερες πιθανότητες, από ότι οι άνδρες, να γίνουν υπέρβαρες ή παχύσαρκες επιβαρύνοντας έτσι περαιτέρω την υγεία τους. Και σε

αυτή την έρευνα πάντως [85] διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια τείνουν να υιοθετούν κακές διατροφικές συνήθειες όπως κακής ποιότητας τρόφιμα, γρήγορο φαγητό, απουσία φρούτων, λαχανικών και ψαριών. Μάλιστα, μεγάλο ποσοστό (51%) δεν διέθεταν στην κατανάλωση φαγητού πάνω από 15 λεπτά. Σύμφωνα δε με τους Amani [127] και Tucker & Buranapin [128] οι κακές επιλογές στην διατροφή επιδεινώνουν περαιτέρω την ψυχική νόσο των ασθενών.

Το γεγονός ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια δεν αφιερώνουν χρόνο στο φαγητό τους (κατά την κατανάλωση του) επιβεβαιώνεται και σε άλλες έρευνες [85] που έδειξαν ότι η κατανάλωση φαγητού διαρκεί περίπου 15 λεπτά, ενδιάμεσα λαμβάνονται σνακ, ενώ η συχνότητα των γευμάτων είναι 4-5 φορές ημερησίως το οποίο μεν θεωρείται ενδεξιγμένος αριθμός, αλλά με την λήψη υγιεινής τροφής.

Σε άλλες έρευνες [43] φάνηκε πως η παχυσαρκία σε ασθενείς με σχιζοφρένεια συσχετίζεται με νοητικά ελλείμματα, παθήσεις των αγγείων και της καρδιάς, αλλοιώσεις στον μεταβολισμό και θνησιμότητα. Οι ερευνητές εκτιμούν πως παχυσαρκία και υπερβολικό βάρος είναι δύο παράγοντες που μπορούν να αλλοιώσουν την λευκή ουσία (WM) που σχετίζεται με τα ψυχωσικά συμπτώματα και την νοητική εξασθένηση. Επίσης, διαπιστώθηκε πως αυξημένος ΔΜΣ μπορεί να συμβάλει στη διάσπαση της σχιζοφρένειας από το WM, παρεμποδίζοντας τη δομική συνδεσιμότητα στα κρίσιμα κορτικοστεροειδή δίκτυα, που είναι γνωστό ότι διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη νευρογνωστική λειτουργία, τη συναισθηματική επεξεργασία και την ψυχοπαθολογία, η δυσλειτουργία των οποίων είναι εξέχοντα χαρακτηριστικά της διαταραχής.

Άλλες έρευνες [43] που εστίασαν στη λειτουργικότητα των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια έδειξαν ατροφία GM και WM εντοπισμένη σε μετωπιαίους λοβούς, πρόσθιο gyrus cingulate, ιππόκαμπο και θάλαμο, καθώς και μείωση της ακεραιότητας WM σε όλο τον εγκέφαλο. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι η μεταβολή των νευρικών υποστρωμάτων, που σχετίζονται με την παχυσαρκία, επηρεάζει αρνητικά τη γνώση και την καθημερινή λειτουργία, ότι υπάρχει σχέση μεταξύ αυξημένου δείκτη μάζας σώματος (BMI) και φτωχότερης επίδοσης στη λεκτική μνήμη, αλλά και σημαντικές σχέσεις μεταξύ της γνωστικής εξασθένησης και καθενός από τα συστατικά του MetS (υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, κοιλιακή παχυσαρκία και διαβήτης).

Οι Bly και συνεργάτες, [129], επιχείρησαν να συγκρίνουν τις διατροφικές συνήθειες, τον τρόπο ζωής και το μεταβολικό σύνδρομο μεταξύ ασθενών με σχιζοφρένεια και διπολικές διαταραχές για να διαπιστώσουν πως δεν υπήρχαν μεταξύ τους διαφορές στις συνήθειες τους, είτε στο φαγητό, είτε στον τρόπο ζωής.

Από την πλευρά τους ο Dipasquale και οι συνεργάτες του [31] προσπάθησαν να εξετάσουν την σχέση της σχιζοφρένειας με τον τρόπο ζωής και διατροφής και τα επίπεδα άγχους των ασθενών. Για άλλη μια φορά επιβεβαιώθηκαν οι κακές διατροφικές συνήθειες των νοσούντων και οι επιπτώσεις που

επιφέρουν στον μεταβολισμό. Οι ερευνητές συνιστούν στους μελετητές του μέλλοντος να εξετάσουν τις ενδεδειγμένες διατροφικές συνήθειες που θα πρέπει να αποκτήσουν τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια, ώστε όχι μόνο να βελτιώσουν την σωματική αλλά και την ψυχική τους υγεία.

Αξίζει να σημειωθεί πως σύμφωνα με τον Hergul και τους συνεργάτες του,[130], τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια κατά το στάδιο όπου υπάρχει έξαρση της νόσου είναι περισσότερο ευάλωτοι στο άγχος. Η υπερδαστηριότητα που καταγράφεται στον υποθάλαμο προκαλεί αντιστάσεις σε γλυκοκορτικοειδή, ενώ αυξάνει την κυκλοφορική αδρενοκορτικοτροπικής ορμόνη (ACTH) και την κορτιζόλη.

Οι Adam and Epel, [131] συσχετίζουν την ευαισθησία στο άγχος με την αύξηση της τροφής η οποία με τη σειρά της αυξάνει τα επίπεδα ACTH, κορτιζόλης, λεπτίνης, ινσουλίνης, νευροπεπτιδίου Y και ενεργοποιώντας το σύστημα επιβράβευσης οδηγεί στην αυξημένη κατανάλωση τροφών με κορεσμένα λιπαρά. Ωστόσο, αυτή η διεργασία έχει παρατηρηθεί ότι συνήθως υπάρχει στα αρχικά στάδια της σχιζοφρένειας.

Άλλοι μελετητές [132] εξέτασαν την θνησιμότητα που υπάρχει, λόγω σχιζοφρένειας, σε διάφορες περιοχές του πλανήτη για να διαπιστώσουν πως υπάρχουν διαφορές. Για παράδειγμα, στην Ασία το προσδόκιμο ζωής των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι μικρό όταν συγκρίνεται με άλλες περιοχές της Γης όπως η Βόρειος Αμερική ή η Αυστραλία στις οποίες παρατηρήθηκε το πιο υψηλότερο επίπεδο. Σύμφωνα όμως με τους ερευνητές, τα συγκεκριμένα στοιχεία συσχετίζονται με το προσδόκιμο ζωής του γενικού πληθυσμού των χωρών οπότε ενδέχεται να μην υπάρχει επίδραση της νόσου. Για το λόγο αυτό συνιστούν να γίνουν περαιτέρω μελέτες. Ωστόσο, παρόμοια αποτελέσματα καταγράφηκαν και στην έρευνα των [96] οι οποίοι εκτιμούν ότι ο τρόπος ζωής και διατροφής σχετίζεται και με παράγοντες του περιβάλλοντος, κάτι που διαπιστώθηκε και στην παρούσα μελέτη.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως το μεγαλύτερο ίσως πρόβλημα που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ασθενείς με σχιζοφρένεια, το οποίο διαπιστώνεται και από τα στοιχεία της παρούσης είναι η καθημερινότητα τους και αυτό γιατί η ασθένεια επιδρά στην λειτουργικότητα τους και στις επιδόσεις τους σε απλές καθημερινές δράσεις (όπως για παράδειγμα στο βούρτσισμα των δοντιών ή το μαγείρεμα). Αυτό μπορεί να επιβαρυνθεί περαιτέρω από την κακή διατροφή, την απουσία άσκησης, την αύξηση του λιπώδους ιστού και γενικά την μεταβολή της σωματικής σύνθεσης [52].

Ότι η διατροφή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη και αντιμετώπιση της νόσου έχει διαπιστωθεί σε πληθώρα ερευνών. Χρήσιμο θα ήταν οι ερευνητές του μέλλοντος να εστιάσουν στα είδη των τροφών που θα πρέπει να λαμβάνουν οι ασθενείς, οι φυσικές ασκήσεις που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην βελτίωση των ασθενών, αλλά στους τρόπους με τους οποίους μπορεί να βελτιωθεί η καθημερινή διαβίωση τους. Ιδιαίτερη βαρύτητα όμως θα πρέπει να δοθεί στην φαρμακευτική έρευνα,

καθώς πολλές από τις μελέτες που παρουσιάζονται παραπάνω ενοχοποιούν τα φάρμακα. Συμπερασματικά, προτείνεται στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας να υλοποιηθούν προγράμματα εκπαίδευσης και παρέμβασης διατροφικών συνηθειών ώστε τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια να υιοθετήσουν ένα πιο υγιεινό τρόπο διατροφής.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

1. Templeman LA, Reynolds GP, Arranz B, San L. Polymorphisms of the 5-HT_{2C} receptor and leptin genes are associated with antipsychotic drug-induced weight gain in Caucasian subjects with a first-episode psychosis. *Pharmacogenetics and Genomics*. 2005;15(4):195–200.
2. Lencz T, Robinson DG, Napolitano B, Sevy S, Kane JM, Goldman D, et al. DRD2 promoter region variation predicts antipsychotic-induced weight gain in first episode schizophrenia. *Pharmacogenetics and Genomics*. 2010;20(9):569–72.
3. Reininghaus U, Dutta R, Dazzan P, Doody GA, Fearon P, Lappin J, et al. Mortality in Schizophrenia and Other Psychoses: A 10-Year Follow-up of the AESOP First-Episode Cohort. *Schizophrenia Bulletin*. 2014;41(3):664–73.
4. Παρίτσης Ν. Η νοημοσύνη της ζωής. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις; 2003.
5. McWilliams N. Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process. New York: Guilford Press; 2011.
6. Moran EK, Culbreth AJ, Barch DM. Emotion Regulation Predicts Everyday Emotion Experience and Social Function in Schizophrenia. *Clinical Psychological Science*. 2017;6(2):271–9.
7. Vaskinn A, Andersson S, Østefjells T, Andreassen OA, Sundet K. Emotion perception, non-social cognition and symptoms as predictors of theory of mind in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 2018;85:1–7.
8. Lanteri-Laura G, Gros M. Historique de la schizophrénie. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. Paris; 1982.
9. Bercherie P. Histoire et structure du savoir psychiatrique, les fondements de la Clinique 1. Paris: L'Harmattan; 2004.
10. Hooker C, Park S. Emotion processing and its relationship to social functioning in schizophrenia patients. *Psychiatry Research*. 2002;112(1):41–50.
11. Kuo S, Almasly L, Gur R, Prasad K, Roalf D, Gur R et al. Cognition and community functioning in schizophrenia: The nature of the relationship. *Journal of Abnormal Psychology*. 2018;127(2):216-227.
12. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward Understanding the Insight Paradox: Internalized Stigma Moderates the Association Between Insight and Social Functioning, Hope, and Self-esteem

- Among People with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Schizophrenia Bulletin*. 2006Jul;33(1):192–9.
13. Νέστορος Ι. Στον κόσμο της ψύχωσης. Αθήνα: Πεδίο; 2012.
 14. Mezquida G, Savulich G, Garcia-Rizo C, Garcia-Portilla M, Toll A, Garcia-Alvarez L, et al. Inverse association between negative symptoms and body mass index in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2018;192:69–74.
 15. Andreasen NC. The evolving concept of schizophrenia: From Kraepelin to the present and future. *Schizophrenia Research*. 1997;28(2-3):105–9.
 16. Μαντωνάκης Ι. Το Νοσοκομείο Ημέρας. Αθήνα: Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής; 1999.
 17. Meduna LV. Versuche über die biologische Beeinflussung des Ablaufes der Schizophrenie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*. 1935;152(1):235–62.
 18. Cerletti U, Bini L. Le alterazioni istopatologiche del sistema nervosa nell' Elettroshock. *Rivista Sperimentale di Freniatria*. 1940;64:311-359.
 19. Delay J, Deniker P, Harl JM. [Therapeutic use in psychiatry of phenothiazine of central elective action (4560 RP)]. *Ann Med Psychol (Paris)*. 1952;110(2 1):112-7.
 20. Χριστοδούλου Γ. Ψυχιατρική. Α' & Β' τόμος. Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου. Αθήνα: BHTA; 2012.
 21. Clapham E, Bodén R, Brandt L, Jönsson EG, Bahmanyar S, Ekblom A, et al. Suicide Ideation and Behavior as Risk Factors for Subsequent Suicide in Schizophrenia: A Nested Case-Control Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2018Feb;
 22. Harvey PD, Posner K, Rajeevan N, Yershova KV, Aslan M, Concato J. Suicidal ideation and behavior in US veterans with schizophrenia or bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 2018;102:216–22.
 23. Barocka A, Seehuber D, Schone D. [Messy house syndrome]. *MMW Fortschr Med*. 2004;146(45):36-9.
 24. Παπαγεωργίου Ε. Ψυχιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισσιανού; 2004.
 25. Searles S, Makarewicz JA, Dumas JA. The role of estradiol in schizophrenia diagnosis and symptoms in postmenopausal women. *Schizophrenia Research*. 2018;196:35–8.
 26. Huo C, Liu X, Zhao J, Zhao T, Huang H, Ye H. Abnormalities in behaviour, histology and prefrontal cortical gene expression profiles relevant to schizophrenia in embryonic day 17 MAM-Exposed C57BL/6 mice. *Neuropharmacology*. 2018;140:287–301.
 27. Χριστοδούλου Γ. Βιολογικοί συντελεστές στην αιτιοπαθογένεια των ψυχικών διαταραχών. Αθήνα: Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών; 2001.

28. Γιαννοπούλου Χ. Ψυχιατρική Νοσηλευτική. 6th ed. Αθήνα: «Η ΤΑΒΙΘΑ» Σ.Α; 2007.
29. Hogan A. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας: Ανασκοπήσεις και Αιτιολογήσεις. Αθήνα: Πασχαλίδης; 2012.
30. Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (2008). Διαθέσιμο στο: <https://goo.gl/iKBCC2>.
31. Dorland's. Ιατρικό Λεξικό: Αγγλοελληνικό και ελληναγγλικό/Πρόλ, Ιωάννης Στρατηγός Μετ., Αλέξανδρος Κ., Κατούλης. Αθήνα: Πασχαλίδης; 1997.
32. Dipasquale S, Pariante C, Dazzan P, Aguglia E, McGuire P, Mondelli V. The dietary pattern of patients with schizophrenia: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*. 2013;47(2):197-207.
33. Mental Disorders. 2018.
34. Cohen D, Hughes S. How Do People Taking Psychiatric Drugs Explain Their “Chemical Imbalance?”. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*. 2011;13(3):176-189.
35. Teasdale S, Ward P, Rosenbaum S, Samaras K, Stubbs B. Solving a weighty problem: Systematic review and meta-analysis of nutrition interventions in severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*. 2017;210(02):110-118.
36. Dixon L, Wohlheiter K. Diabetes and Mental Illness: Factors to Keep in Mind [Internet]. *Patient Care*. 2003 [cited 14 August 2018]. Available from: <http://www.patientcareonline.com/cholesterol-disorders/diabetes-and-mental-illness-factors-keep-mind>
37. Henderson D, Borba C, Daley T, Boxill R, Nguyen D, Culhane M et al. Dietary Intake Profile of Patients with Schizophrenia. *Annals of Clinical Psychiatry*. 2006;18(2):99-105.
38. Jakobsen A, Speyer H, Nørgaard H, Karlsen M, Hjorthøj C, Krogh J et al. Dietary patterns and physical activity in people with schizophrenia and increased waist circumference. *Schizophrenia Research*. 2018;.
39. Black DW, Andreasen NC. Εισαγωγή στην Ψυχιατρική, 5^η έκδοση. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε.; 2015.
40. Σικελιανού Δ. Κλινική ψυχοπαθολογία ενηλίκων. Αθήνα: Διόνικος; 2010.
41. Segarra S, Martínez-Subiela S, Cerdà-Cuellar M, Martínez-Puig D, Muñoz-Prieto A, Rodríguez-Franco F et al. Oral chondroitin sulfate and prebiotics for the treatment of canine Inflammatory Bowel Disease: a randomized, controlled clinical trial. *BMC Veterinary Research*. 2016;12(1).
42. Firth J, Stubbs B, Sarris J, Rosenbaum S, Teasdale S, Berk M et al. The effects of vitamin and mineral supplementation on symptoms of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis.

- Psychological Medicine. 2017;47(09):1515-1527.
43. Spangaro M, Mazza E, Poletti S, Cavallaro R, Benedetti F. Obesity influences white matter integrity in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*. 2018;97:135-142.
 44. Μπακόλα Ε. Επίδραση Προδρόμων Συμπτωμάτων και Ψυχοκοινωνικής Λειτουργικότητας στην Εξέλιξη των Ψυχωτικών Διαταραχών. Διδακτορική Διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Τμήμα Νοσηλευτικής.
 45. Notredame C, Pins D, Deneve S, Jardri R. What visual illusions teach us about schizophrenia. *Frontiers in Integrative Neuroscience*. 2014;8.
 46. Keane B, Silverstein S, Wang Y, Papathomas T. Reduced depth inversion illusions in schizophrenia are state-specific and occur for multiple object types and viewing conditions. *Journal of Abnormal Psychology*. 2013;122(2):506-512.
 47. Osmond H, Smythies J. Schizophrenia: A New Approach. *Journal of Mental Science*. 1952;98(411):309-315.
 48. Αγγελόπουλος ΝΒ. Ιατρική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία. Αθήνα: Εκδ. ΒΗΤΑ; 2009.
 49. Broome M, Woolley J, Tabraham P, Johns L, Bramon E, Murray G et al. What causes the onset of psychosis?. *Schizophrenia Research*. 2005;79(1):23-34.
 50. Garety P, Bebbington P, Fowler D, Freeman D, Kuipers E. Implications for neurobiological research of cognitive models of psychosis: a theoretical paper. *Psychological Medicine*. 2007;37(10).
 51. Agerbo E, Byrne M, Eaton W, Mortensen P. Marital and Labor Market Status in the Long Run in Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 2004;61(1):28.
 52. Strassnig M, Signorile J, Gonzalez C, Harvey P. Physical performance and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*. 2014;1(2):112-121.
 53. Cohen A, Dinzeo T, Nienow T, Smith D, Singer B, Docherty N. Diminished Emotionality and Social Functioning in Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2005;193(12):796-802.
 54. Peters M, Hauschildt M, Moritz S, Jelinek L. Impact of emotionality on memory and meta-memory in schizophrenia using video sequences. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2013;44(1):77-83.
 55. Kerns J. Schizotypy facets, cognitive control, and emotion. *Journal of Abnormal Psychology*. 2006;115(3):418-427.

56. Valone K, Goldstein M, Norton J. Parental expressed emotion and psychophysiological reactivity in an adolescent sample at risk for schizophrenia spectrum disorders. 2018.
57. Cohen A, St-Hilaire A, Aakre J, Docherty N. Understanding anhedonia in schizophrenia through lexical analysis of natural speech. *Cognition & Emotion*. 2009;23(3):569-586.
58. Cohen A. Affective reactivity of speech and emotional experience in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2004;69(1):7-14.
59. Kapur S. Psychosis as a State of Aberrant Salience: A Framework Linking Biology, Phenomenology, and Pharmacology in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160(1):13-23.
60. Angrist B, Rotrosen J, Gershon S. Commentary on: "Differential effects of amphetamine and neuroleptics on negative vs. positive symptoms in schizophrenia." *Psychopharmacology* (1980) 72:17-19. *Psychopharmacology*. 2001;158(3):219-221.
61. Williams L, Barry J. Do sex differences in emotionality mediate sex differences in traits of psychosis-proneness?. *Cognition & Emotion*. 2003;17(5):747-758.
62. Huttunen M, Machon R, Mednick S. Prenatal Factors in the Pathogenesis of Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 1994;164(S23):15-19.
63. Essau C, Sasagawa S, Lewinsohn P, Rohde P. The impact of pre- and perinatal factors on psychopathology in adulthood. *Journal of Affective Disorders*. 2018;236:52-59.
64. Maxwell S, Fineberg A, Drabick D, Murphy S, Ellman L. Maternal Prenatal Stress and Other Developmental Risk Factors for Adolescent Depression: Spotlight on Sex Differences. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2017;46(2):381-397.
65. Dewit S C. Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική. Αθήνα: Πασχαλίδης; 2009.
66. McGuffin P, Rijsdijk F, Andrew M, Sham P, Katz R, Cardno A. The Heritability of Bipolar Affective Disorder and the Genetic Relationship to Unipolar Depression. *Archives of General Psychiatry*. 2003;60(5):497.
67. Αντωνάτος Σ. Φαινομενολογική Προσέγγιση της Ψυχοπαθολογίας στον καιρό του DSM. *Τετράδια Ψυχιατρικής*. 2010;110: 67-79.
68. Vyas NS, Puri BK. Evidence for an association between brain-derived neurotrophic factor Val66Met gene polymorphism and general intellectual ability in early-onset schizophrenia. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2012;49(2):137-42.
69. Παπαδοπούλου Ε. Σχιζοφρένεια, νοσηλευτική παρέμβαση. Πτυχιακή Εργασία. Αλεξάνδρειο Ίδρυμα Θεσσαλονίκης τμήμα νοσηλευτικής; 2008.
70. Hefter D, Marti H, Gass P, Inta D. Perinatal Hypoxia and Ischemia in Animal Models of

Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*. 2018;9.

71. Hunter A, Murray R, Asher L, Leonardi-Bee J. The Effects of Tobacco Smoking, and Prenatal Tobacco Smoke Exposure, on Risk of Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nicotine & Tobacco Research*. 2018;.
72. Breier A. 39. Viruses and Schizophrenia: Implications for Pathophysiology and Treatment. *Schizophrenia Bulletin*. 2018;44(suppl_1):S61-S62.
73. Hibi Y, Asamitsu K, Matsumura H, Sanda T, Nakahira Y, Arimoto K et al. High prevalence of the antibody against Syncytin-1 in schizophrenia. 2018;.
74. Dahan S, Bragazzi N, Yogev A, Bar-Gad M, Barak V, Amital H et al. The relationship between serum cytokine levels and degree of psychosis in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2018;268:467-472.
75. Golchin N, Sharifzadeh M, Fransawy Alkomos M, Sachmechi I. Adult-onset Still's Disease in a Female Patient with Schizophrenia: A Case Report and Literature Review. *Cureus*. 2018;.
76. Dettling M, Opgen-Rhein C, Sander T, Weber M, Steinlein O. Mutation analysis of the gene encoding the ryanodine receptor gene isoform 3 (RYR3) in recurrent neuroleptic malignant syndrome. *Pharmacopsychiatry*. 2004;36(05).
77. Βαρβόγλη Λ. Η νευροψυχολογία του στρες στην καθημερινή ζωή. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη; 2006.
78. Guo S, Zhao W, Tao H, Liu Z, Palaniyappan L. The instability of functional connectivity in patients with schizophrenia and their siblings: A dynamic connectivity study. *Schizophrenia Research*. 2018;195:183-189.
79. Koethe D, Pahlisch F, Hellmich M, Rohleder C, Mueller J, Meyer-Lindenberg A et al. Familial abnormalities of endocannabinoid signaling in schizophrenia. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2018;:1-9.
80. Maziade M. 7. Retinal Functions Expressed in Retinal Imaging, Contrast Processing and Electroretinography may Decrypt Early Risk Mechanisms and Pathophysiology of Schizophrenia and Mood Disorders and Accelerate Translation to the Clinic. *Schizophrenia Bulletin*. 2018;44(suppl_1):S10-S10.
81. Γεωργάρας Α. Συνοπτική Ιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης; 1996.
82. Ε.Π.Α.Ψ.Υ. Οδηγός Ψυχικής Υγείας: Από την προκατάληψη στη συμβίωση. Αθήνα. (Επιστημονική επιμέλεια: Ν. Γκιωνάκης, Σ. Στυλιανίδης); 2001.
83. [Internet]. Who.int. 2018 [cited 14 August 2018]. Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>

84. Beebe L. Obesity in Schizophrenia: Screening, Monitoring, and Health Promotion. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2007;44(1):25-31.
85. Simonelli-Muñoz A, Fortea M, Salorio P, Gallego-Gomez J, Sánchez-Bautista S, Balanza S. Dietary habits of patients with schizophrenia: A self-reported questionnaire survey. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2012;21(3):220-228.
86. Garvey W, Garber A, Mechanick J, Bray G, Dagogo-Jack S, Einhorn D et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Position Statement on the 2014 Advanced Framework for a New Diagnosis of Obesity as a Chronic Disease. *Endocrine Practice*. 2014;20(9):977-989.
87. Jones S, Thornicroft G, Coffey M, Dunn G. A Brief Mental Health Outcome Scale. *British Journal of Psychiatry*. 1995;166(05):654-659.
88. Vahabzadeh A, Wittenauer J, Carr E. Stigma, Schizophrenia and the Media. *Journal of Psychiatric Practice*. 2011;17(6):439-446.
89. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*. 2010;122(1-3):232-238.
90. Freeman A, Stone M, Martin D. *Comparative treatments for borderline personality disorder*. New York, NY: Springer; 2005.
91. Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: University Studio Press; 1997.
92. Kato T. [Role of magnesium ions on the regulation of NMDA receptor--a pharmacopathology of memantine]. *Clin Calcium*. 2004;14(8):76-80.
93. Kaur G, Kilkarni S. Involvement of normal physiological mechanisms in mediation of satiety by polyherbal antiobesity preparation, OB-200G, in female mice. *Methods and Findings in Experimental and Clinical Pharmacology*. 2003;25(1):33.
94. Cuerda C, Velasco C, Merchán-Naranjo J, García-Peris P, Arango C. The effects of second-generation antipsychotics on food intake, resting energy expenditure and physical activity. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2013;68(2):146-152.
95. Deng C. Effects of Antipsychotic Medications on Appetite, Weight, and Insulin Resistance. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*. 2013;42(3):545-563.
96. Vancampfort D, De Hert M, Stubbs B, Ward P, Rosenbaum S, Soundy A et al. Negative symptoms are associated with lower autonomous motivation towards physical activity in people with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 2015;56:128-132.
97. Vancampfort D, Stubbs B, Mitchell A, De Hert M, Wampers M, Ward P et al. Risk of metabolic

- syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*. 2015;14(3):339-347.
98. Reynolds G. Pharmacogenetic Aspects of Antipsychotic Drug-induced Weight Gain - A Critical Review. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*. 2012;10(2):71-77.
 99. [Internet]. Psychargos.gov.gr. 2018 [cited 14 August 2018]. Available from: http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/ODIGOS%20ERGALEIWN/DIADIKASIES/9.%CE%9A%CE%9F_Schizophrenia.pdf
 100. Sinicola RS, Peters-Strickland TS. Βασική Ψυχοφαρμακολογία για Ψυχολόγους και Ψυχοθεραπευτές. Πάτρα: Εκδόσεις Gotsis; 2008.
 101. Pavulari MN Janicak PG. Εγχειρίδιο Ψυχοφαρμακολογίας. Μία Προσέγγιση Όλων των Ηλικιών; 2009.
 102. Castle D. Στρατηγικές Αντιμετώπισης Θεραπείας. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης; 2008.
 103. Foussias G, Remington G. Negative Symptoms in Schizophrenia: Avolition and Occam's Razor. *Schizophrenia Bulletin*. 2008;36(2):359-369.
 104. Bobes J, Gonzalez MP. Quality of life in schizophrenia. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (Eds) *Quality of Life in Mental Disorders*. John Wiley & Sons Ltd, Chichester, pp 165–178; 1997.
 105. Harris C, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*. 1998;173(01):11-53.
 106. Brown S, Birtwistle J, Roe L, Thomson C. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychological Medicine*. 1999;29(3):697-701.
 107. Atan Y, Akbaba M, Kul S, Tataroğlu Z, Temiz E, Nacarkahya G et al. Does the serotonin receptor gene (rs6313 and rs6314) polymorphism have a role in suicidal attempts?. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2018;56:32-36.
 108. Roick C, Fritz-Wieacker A, Matschinger H, Heider D, Schindler J, Riedel-Heller S et al. Health habits of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2007;42(4):268-276.
 109. McCredie M, Quinn C, Covington M. Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness: Psychometrics and Clinical Utility in Adolescents. *Adolescent Psychiatry*. 2018;7(3):157-169.
 110. Busner J, Targum SD. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007;4(7):28-37.

111. Haro J, Kamath S, Ochoa S, Novick D, Rele K, Fargas A et al. The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;107(s416):16-23.
112. Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*. 1988;14(1):61-68.
113. Rencher AC, Christensen WF. *Methods of Multivariate Analysis*. 3rd ed. John Wiley & Sons., N. Jersey; 2012.
114. Hair F, Anderson R, Tatham R, Black, W. *Multivariate Data Analysis with Readings*, 4th Ed. London, Prentice-Hall International; 1995.
115. Timm N. *Applied Multivariate Analysis*. Springer- Verlag New York; 2002.
116. Spector PE. Summated rating scale construction: An Introduction, in *Quantitative Applications in the Social Sciences*. p.34, Sage, Beverly Hills C.A; 1992.
117. Cronbach L. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16(3):297-334.
118. Χαλικιάς Μ, Μανωλεσσου Α, Λάλου Π. *Μεθοδολογία Έρευνας και Εισαγωγή στη Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων με το IBM SPSS STATISTICS*, Αθήνα: Καλλίπος; 2015.
119. Peet M. International variations in the outcome of schizophrenia and the prevalence of depression in relation to national dietary practices: An ecological analysis. *British Journal of Psychiatry*. 2004;184(05):404-408.
120. Brown J, Mezquida G, Fernandez-Egea E. Well-being in clozapine-treated schizophrenia patients: The significance of positive symptoms. *Comprehensive Psychiatry*. 2016;68:140-146.
121. Stokes C, Peet M. Short Communication. *Nutritional Neuroscience*. 2004;7(4):247-249.
122. Ryan M, Collins P, Thakore J. Impaired Fasting Glucose Tolerance in First-Episode, Drug-Naive Patients With Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160(2):284-289.
123. Stubbs B, Williams J, Gaughran F, Craig T. How sedentary are people with psychosis? A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2016;171(1-3):103-109.
124. Leung C, Ding E, Catalano P, Villamor E, Rimm E, Willett W. Dietary intake and dietary quality of low-income adults in the Supplemental Nutrition Assistance Program. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2012;96(5):977-988.
125. Bushe C, Slooff C, Haddad P, Karagianis J. Weight change by baseline BMI from three-year observational data: findings from the Worldwide Schizophrenia Outpatient Health Outcomes Database. *Journal of Psychopharmacology*. 2013;27(4):358-365.

126. Amani R. Is dietary pattern of schizophrenia patients different from healthy subjects? *BMC Psychiatry*. 2007Feb;7(1).
127. Tucker K, Buranapin S. Nutrition and Aging in Developing Countries. *The Journal of Nutrition*. 2001;131(9):2417S-2423S.
128. Bly M, Taylor S, Dalack G, Pop-Busui R, Burghardt K, Evans S et al. Metabolic syndrome in bipolar disorder and schizophrenia: dietary and lifestyle factors compared to the general population. *Bipolar Disorders*. 2013;16(3):277-288.
129. Hepgul N, Pariante C, Dipasquale S, DiForti M, Taylor H, Marques T et al. Childhood maltreatment is associated with increased body mass index and increased C-reactive protein levels in first-episode psychosis patients. *Psychological Medicine*. 2012;42(09):1893-1901.
130. Adam T, Epel E. Stress, eating and the reward system. *Physiology & Behavior*. 2007;91(4):449-458.
131. Hjorthøj C, Stürup A, McGrath J, Nordentoft M. SA57. Life Expectancy and Years of Potential Life Lost in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*. 2017;43(suppl_1):S133-S134.
132. Huang X, Weston-Green K, Yu Y. Decreased 5-HT_{2c}R and GHSR1a interaction in antipsychotic drug-induced obesity. *Obesity Reviews*. 2017;19(3):396-405.
133. Correll C, Lencz T, Malhotra A. Antipsychotic drugs and obesity. *Trends in Molecular Medicine*. 2011;17(2):97-107.
134. Maayan L, Correll CU. Management of antipsychotic-related weight gain. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2010;10(7):1175–200.
135. Coccarello R, Moles A. Potential mechanisms of atypical antipsychotic-induced metabolic derangement: Clues for understanding obesity and novel drug design. *Pharmacology & Therapeutics*. 2010;127(3):210–51.
136. Giskes K, Lenthe FV, Avendano-Pabon M, Brug J. A systematic review of environmental factors and obesogenic dietary intakes among adults: are we getting closer to understanding obesogenic environments? *Obesity Reviews*. 2010Jun;12(5).
137. Hert MD, Dekker J, Wood D, Kahl K, Holt R, Möller H-J. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *European Psychiatry*. 2009;24(6):412–24.
138. Gersh BJ, Sliwa K, Mayosi BM, Yusuf S. Novel therapeutic concepts * The epidemic of

cardiovascular disease in the developing world: global implications. *European Heart Journal*. 2010;31(6):642–8.

139. Bak M, Fransen A, Janssen J, Os JV, Drukker M. Almost All Antipsychotics Result in Weight Gain: A Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 2014;9(4).
140. Spielmans GI, Berman MI, Linardatos E, Rosenlicht NZ, Perry A, Tsai AC. Adjunctive Atypical Antipsychotic Treatment for Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Depression, Quality of Life, and Safety Outcomes. *PLoS Medicine*. 2013Dec;10(3).
141. Oh GH, Yu J-C, Choi K-S, Joo E-J, Jeong S-H. Simultaneous Comparison of Efficacy and Tolerability of Second-Generation Antipsychotics in Schizophrenia: Mixed-Treatment Comparison Analysis Based on Head-to-Head Trial Data. *Psychiatry Investigation*. 2015;12(1):46.

Παράρτημα Α-Ερωτηματολόγια

Η Κλίμακα του Hamilton για το Άγχος

	0=ΑΠΟΝ	1=ΗΠΙΟ	2=ΜΕΤΡΙΟ	3=ΕΝΤΟΝΟ	4=ΠΟΛΥ ΕΝΤΟΝΟ
1	ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ Ανησυχεί, περιμένει το χειρότερο, έχει αγωνία και ευερεθιστότητα				
2	ΕΝΤΑΣΗ Αισθήματα έντασης, αίσθημα κόπωσης, ξαφνιάζεται εύκολα, δακρύζει εύκολα, τρέμει, αισθάνεται ανησυχία, έχει αδυναμία για να χαλαρώσει				
3	ΦΟΒΟΙ Το σκοτάδι, τους ξένους, να μείνει μόνος του, τα ζώα την κίνηση στους δρόμους, τα πλήθη				
4	ΑΨΠΝΙΑ Δυσκολία στην έναρξη του ύπνου, διακεκομμένος ύπνος, ύπνος που δεν ικανοποιεί και συνοδεύεται από κούραση κατά την αφύπνιση, όνειρα, εφιάλτες, νυχτερινός τρόμος				
5	ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΑ Δυσκολία στη συγκέντρωση, μειωμένη μνήμη				
6	ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ Απώλεια του ενδιαφέροντος, έλλειψη ευχαρίστησης από ψυχαγωγικές δραστηριότητες, κατάθλιψη, αφύπνιση πριν ανατείλει ο ήλιος, ημερήσια διακίνηση.				
7	ΣΩΜΑΤΙΚΗ (ΜΥΪΚΗ) Πόνοι και ευαισθησία, σπασμοί, δυσκαμψία, τρόμος των μυών, σφίξιμο των δοντιών, ασταθής φωνή, αυξημένος μυϊκός τόνος.				
8	ΣΩΜΑΤΙΚΑ (ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΑ) Τλιγγος, θαμπή όραση, εξάνθεις και ρίγη, αίσθημα αδυναμίας, μουδιάσματα.				
9	ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ Ταχυκαρδία, αίσθημα παλμών, πόνος στο στήθος, πρήξιμο, παλμός αγγείων, τάση για λιποθυμία, αναστεναγμοί, δύσπνοια.				
10	ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ Πίεση στο στήθος, αίσθημα πνιγμού, αναστεναγμοί, δύσπνοια.				
11	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ Δυσκολία στην κατάποση, κόμπος στο λαιμό, κοιλιακός πόνος, καούρες, πρήξιμο της κοιλιάς, ναυτία, εμετός, βορβορυγμοί, διάρροια, απώλεια βάρους, δυσκοιλιότητα.				
12	ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ Συχνουρία, ακατάσχετη επιθυμία για ούρηση, αμηνόρροια, μηνορραγία, σεξουαλική ψυχρότητα, πρόωρη εκσπερμάτιση, απώλεια της libido.				
13	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΑΥΤΟΝΟΜΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ Ξηροστομία, ερυθρότητα προσώπου, ωχρότητα, τάση για εφίδρωση, έλλειψη διαύγειας πνεύματος, πονοκέφαλοι, ανατριχίλα.				
14	ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ Αδυναμία να κάτσει ήσυχα, υπερκινητικότητα ή βαδίζει πάνω-κάτω, τρόμος των χεριών, μέτωπο αυλακωμένο με ρυτίδες, τραβηγμένο πρόσωπο, αναστεναγμοί ή γρήγορη αναπνοή,				

	ωχρότητα προσώπου, κινήσεις κατάποσης, κλπ.	
--	---	--

Συνολική Βαθμολογία

Σφαιρική Κλινική Εκτίμηση (C.G.I)

1. **Βαρύτητα της νόσου.** Με βάση την κλινική σας με τον ειδικό αυτό πληθυσμό, πόσο ψυχικά νόσων είναι ο ασθενής αυτή τη στιγμή;

- 0. Δε μετρήθηκε
- 1. Φυσιολογικός, καθόλου νόσων
- 2. Οριακά ψυχικά νόσων
- 3. Ήπια νόσων
- 4. Μέτρια νόσων
- 5. Σημαντικά νόσων
- 6. Βαρέως νόσων
- 7. Μεταξύ των εξαιρετικά νοσούντων ασθενών.

2. **Σφαιρική Βελτίωση:** Βαθμολογείτε τη συνολική βελτίωση είτε οφείλεται καθ' ολοκληρίαν στη φαρμακευτική αγωγή, είτε όχι, κατά την κρίση σας. Συγκρινόμενη η κατάσταση του ασθενούς με την αρχική του κατάσταση πόσο πολύ έχει αλλάξει;

- 0. Δε μετρήθηκε
- 1. Πολύ μεγάλη βελτίωση
- 2. Μεγάλη βελτίωση
- 3. Ελάχιστη βελτίωση
- 4. Καμία αλλαγή
- 5. Ελάχιστη επιδείνωση
- 6. Μεγάλη επιδείνωση
- 7. Πολύ μεγάλη επιδείνωση.

Κλίμακα Σφαιρικής Εκτίμησης Λειτουργικότητας (GAF)

Αν δεχτούμε ότι η ψυχολογική κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα βρίσκονται σε ένα συνεχές ψυχικής υγείας- αρρώστιας τότε η λειτουργικότητα του ερωτώμενου εκτιμάται μέσα σε ένα συνεχές από το 1 έως το 90. Ως βάση εκτίμησης θεωρείται το χαμηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας κατά την περασμένη εβδομάδα. Μη συμπεριλάβετε την έκπτωση της λειτουργικότητας που οφείλεται σε σωματικούς (ή περιβαλλοντικούς) περιοριστικούς παράγοντες..

Σημείωση : χρησιμοποιήστε ενδιάμεσους κωδικούς όταν χρειάζεται, π.χ. 45, 68, 72.

Απουσία συμπτωμάτων ή ύπαρξη ελάχιστων συμπτωμάτων (π.χ. ελαφρό άγχος πριν από εξετάσεις), καλή λειτουργικότητα σε όλους τους τομείς, ενδιαφέρον και εμπλοκή σε πλατύ φάσμα δραστηριοτήτων, αποτελεσματικότητα στο κοινωνικό επίπεδο, γενικά ικανοποίηση από τη ζωή, απουσία άλλων προβλημάτων ή ανησυχιών πέρα από τα καθημερινά (π.χ. ένας περιστασιακός καβγάς με μέλη της οικογένειας).	<input type="checkbox"/>	81-90
Αν υπάρχουν συμπτώματα, αυτά είναι παροδικά κι αποτελούν προσδοκώμενες αντιδράσεις σε ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες (π.χ. δυσκολία συγκέντρωσης έπειτα από ενδοοικογενειακό καβγά), μικρή μόνο έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή σχολικής λειτουργικότητας (π.χ. προσωρινά μένει πίσω στα μαθήματα).	<input type="checkbox"/>	71-80
Ορισμένα ελαφρά συμπτώματα (π.χ. καταθλιπτική συναισθηματική διάθεση και ελαφρή αϋπνία) ή κάποια δυσκολία στην κοινωνική, επαγγελματική ή σχολική λειτουργικότητα (π.χ. περιστασιακό σκασιαρχείο, ή κλοπές μέσα στο σπίτι), όμως γενικά υπάρχει αρκετά καλή λειτουργικότητα, υπάρχουν κάποιες ουσιαστικές διαπροσωπικές σχέσεις.	<input type="checkbox"/>	61-70
Μέτρια συμπτώματα (π.χ. επιπεδωμένο συναισθηματικό λόγο, υπερλεπτομερειακός λόγος, περιστασιακές προσβολές πανικού) ή μέτρια δυσκολία στην κοινωνική, επαγγελματική ή σχολική λειτουργικότητα (π.χ. έχει λίγους φίλους, συγκρούσεις με συνεργάτες).	<input type="checkbox"/>	51-60
Σοβαρά συμπτώματα (π.χ. σκέψεις αυτοκτονίας, σοβαρές ψυχαναγκαστικές τελετουργίες, συχνές κλοπές από καταστήματα), ή οποιαδήποτε σοβαρή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή σχολικής λειτουργικότητας (π.χ. δεν έχει φίλους, δεν μπορεί να κρατήσει μια δουλειά).	<input type="checkbox"/>	41-50
Κάποια έκπτωση του ελέγχου της πραγματικότητας ή της επικοινωνίας (π.χ. λόγος που μερικές φορές γίνεται παράλογος, ασαφής ή άσχετος) ή μείζων έκπτωση σε πολλούς τομείς, όπως στην εργασία ή το σχολείο, στις οικογενειακές σχέσεις, στην κρίση, τη σκέψη ή τη συναισθηματική διάθεση (π.χ. καταθλιπτικός που αποφεύγει τους φίλους του, παραμελεί την οικογένεια και αδυνατεί να εργαστεί. Παιδί που συχνά χτυπά μικρότερα παιδιά, είναι προκλητικό στο σπίτι κι αποτυγχάνει στο σχολείο).	<input type="checkbox"/>	31-40
Συμπεριφορά σημαντικά επηρεασμένη από παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις ή σοβαρή έκπτωση της επικοινωνίας ή της κρίσης (π.χ. μερικές φορές είναι ασυνάρτητος, ενεργεί φανερά απρόσφορα, έμμονος ιδεασμός γι'αυτοκτονία) ή αδυναμία λειτουργίας σχεδόν σε όλους τους τομείς (π.χ. μένει όλη τη μέρα στο κρεβάτι, δεν έχει δουλειά, σπίτι ή	<input type="checkbox"/>	21-30

φίλους.

Κάποιος κίνδυνος να κάνει κακό στον εαυτό του ή στους άλλους (π.χ. απόπειρες αυτοκτονίας δίχως σαφή προσδοκία θανάτου, συχνά είναι βίαιος, μανιακή διέγερση) ή πότε-πότε αδυνατεί να διατηρήσει μια ελάχιστη ατομική υγιεινή (π.χ. πασαλείφει περιπτώματα) ή υπάρχει μια εμφανής έκπτωση της επικοινωνίας (π.χ. κατά κύριο λόγο είναι ασυνάρτητος ή μένει βουβός).

☐

11-20

Συνεχής κίνδυνος να κάνει σοβαρό κακό στον εαυτό του ή στους άλλους (π.χ. επανειλημμένη βία) ή συνεχής αδυναμία διατήρησης μιας ελάχιστης ατομικής υγιεινής ή σοβαρή πράξη αυτοκτονίας με σαφή προσδοκία θανάτου.

☐

1-10

Διατροφικές Συνήθειες Ασθενών με F-20

1. Φύλο: ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα

2. Βάρος (kgf)

3. Ηλικία (έτη)

A. Γνώση Διατροφικών στοιχείων

4. Γνωρίζετε τι είναι πρωτεΐνες: ☐ Ναι ☐ Όχι

5. Γνωρίζετε τι είναι θερμίδες: ☐ Ναι ☐ Όχι

6. Γνωρίζετε τι είναι βιταμίνες και ποιες τροφές τις περιέχουν: ☐ Ναι ☐ Όχι

7. Από πού προέρχεται η ενημέρωσή σας:

- ☐ Διαδίκτυο
- ☐ Περιοδικά
- ☐ Φίλους
- ☐ Οικογένεια
- ☐ Προσωπική Εμπειρία

A. Ποιότητα Διατροφής

8. Πόσα γεύματα καταναλώνετε την ημέρα:

- ☐ Ένα
- ☐ Δύο
- ☐ Τρία
- ☐ Πάνω από τρία

9. Τρώτε πρωινό: ☐ Ναι ☐ Όχι

10. Πότε καταναλώνετε την περισσότερη ποσότητα φαγητού:

- ☐ Πρωί
- ☐ Μεσημέρι
- ☐ Βράδυ

11. Καταναλώνετε φρούτα και λαχανικά: ☐ Ναι ☐ Όχι

12. Πόσο συχνά καταναλώνετε κρέας την εβδομάδα:

- ☐ Μια φορά
- ☐ Δύο φορές
- ☐ Τρεις φορές
- ☐ Πάνω από τρεις φορές

Γ. Διατροφικές Συνήθειες

13. Πόσα κουταλάκια του γλυκού ζάχαρη χρησιμοποιείται την ημέρα:

- ☐ Κανένα
- ☐ Ένα
- ☐ Δύο
- ☐ Τρία
- ☐ Τέσσερα
- ☐ Πάνω από τέσσερα

14. Πόσο συχνά καταναλώνετε κρέας την εβδομάδα:

- ☐ Καμία
- ☐ Μια φορά
- ☐ Δύο φορές
- ☐ Τρεις φορές
- ☐ Πάνω από τρεις φορές
- ☐ Κάθε μέρα

15. Πόσο συχνά μέσα στην εβδομάδα τρώτε φαγητό που σας ετοιμάζουν άλλοι (οικογένεια, γείτονες, κοινωνικό παντοπωλείο εκκλησία):

- ☐ Καμία
- ☐ Μια φορά
- ☐ Δύο φορές
- ☐ Τρεις φορές
- ☐ Πάνω από τρεις φορές
- ☐ Κάθε μέρα

16. Πόσο συχνά την εβδομάδα πηγαίνεται οι ίδιοι για αγορές τροφίμων:

- ☐ Καμία
- ☐ Μια φορά
- ☐ Δύο φορές
- ☐ Τρεις φορές
- ☐ Πάνω από τρεις φορές
- ☐ Κάθε μέρα

Δ. Κοινωνικό και Οικονομικό Επίπεδο

17. Που κατοικείτε: ☐ Πόλη ☐ Ύψαιθρος (χωριό)

18. Πόσα χρήματα έχετε στη διάθεση σας κάθε μήνα:

- ☐ Από 01.00€ -100.00€
- ☐ Από 101.00€ -200.00€
- ☐ Από 201.00€ -300.00€
- ☐ Από 301.00€ -500.00€
- ☐ Από 501.00€ και πάνω

19. Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο:

- ☐ Αναλφάβητος-η
- ☐ Απόφοιτος Δημοτικού
- ☐ Απόφοιτος Γυμνασίου
- ☐ Απόφοιτος Λυκείου

☐ Απόφοιτος Τ.Ε.Ι.-Α.Ε.Ι.

Ε. Φαρμακευτική Αγωγή και συν-νοσηρότητα

20. Ποια φαρμακευτική ουσία λαμβάνετε:

☐ Αλοπεριδόλη

☐ Ρισπεριδόνη

☐ Ολανζαπίνη

☐ Κουετιαπίνη

21. Πάσχετε από σακχαρώδη διαβήτη: ☐ Ναι ☐ Όχι

22. Πάσχετε από χοληστερίνη (υπερλιπιδαιμία/υπερχοληστεριναιμία): ☐ Ναι ☐ Όχι